ANNALI UNIVERSALI
DI
MEDICINA

GIÀ COMPILATI DAI DOTTORI

ANNIBALE OMODEI e CARLO-AMPELIO CALDERINI

E CONTINUATI DAL DOTTORE

ROMOLO GRIFFINI

Volume CCXXVIII

FASCICOLO DI GIUGNO 1874.

Di questi *Annali* si pubblica ogni mese un fascicolo di *quattordici fogli* in-8.°, illustrato al bisogno da tavole incise in rame, in legno, o litografiche, secondo l'opportunità. — Tre fascicoli formano un Volume.

Il prezzo dell'Annuale Associazione è di L. 31 per tutto il Regno; per l'Estero le spese postali in più.

Il Prezzo si paga anticipato per semestre o per anno.

Un fascicolo separato costa L. 3.

Le Associazioni si ricevono a Milano dagli Editori Fratelli Rechiedei, Via S. Pietro all'Orto, 16.

I libri e i manoscritti che i medici italiani desiderassero far annunciare od inserire negli *Annali*, dovranno essere spediti franchi di ogni spesa, al Direttore signor Dottore Romolo Griffini, Via Francesco Sforza, 33.

MILANO

FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1874.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

Vol. CCXXVIII. — Fasc. 684. — Giugno 1874

Sette anni di pratica sifilografica nel Dispensario per le malattie veneree nell' Istituto di Santa Corona. *Memoria del dottor* TURATI ACHILLE FRANCESCO, *Sifilografo-Capo nell' Istituto di Santa Corona presso l' Ospitale Maggiore.* (*Continuazione della pag. 182 del fascicolo precedente e fine*).

Sifilide papulosa umida o papule mucose.

Tra le svariatissime e molteplici manifestazioni della sifilide, che il medico specialista riscontra sui suoi ammalati, la papula mucosa è al certo quella che per frequenza occupa il primo posto, si presenti essa sola o associata (1) ad altre forme. Spessissimo e più che qualunque altra manifestazione celtica contemporanea dell' ulcero primitivo (e cioè 28 volte su 100) (2), essa trae alcune volte direttamente da questo la sua origine a mezzo di quel lento processo distinto col nome

(1)

		Maschi	Femmine	Bambini	Totale
Papule mucose	sole	263	152	35	450
	associate ad altre forme	191	111	15	317
	Totale	454	263	50	767

e quindi nella proporzione del *52 per 100* sul numero totale di 1459 sifilitici.

(2) Questa proporzione ha per base soltanto le osservazioni sui maschi; nelle donne essa sarebbe molto maggiore, perchè, più restie a presentarsi al medico, lasciano all'ulcero il tempo di riparare o di trasformarsi in *situ* in papula mucosa; cosa questa che, come già dissi, avviene nelle donne tanto più facilmente in quantochè i loro organi genitali sono sempre umettati.

di *trasformazione in sito*, che alcuni opinano sia molto più frequente di quel che non appare dalle tavole statistiche, e che già ricordai parlando delle varie terminazioni dell'ulcero infettante.

Osservammo colla stessa frequenza, io credo, o poco meno, le tre varietà, sotto cui viene comunemente descritta dagli autori la forma in quistione, voglio dire la papula mucosa propriamente detta, la placca eritematosa e la placca opalina; e mentre la prima aveva sua sede prediletta allo scroto, ai contorni dell'ano, alla parte esterna della vulva, alle pieghe genitali ecc., la seconda invece fu più frequente alla mucosa balano-prepuziale, alla superficie interna delle grandi labbra, alle piccole labbra, alle pieghe anali e non rare volte anche allo scroto; l'ultima poi, e cioè la placca opalina, fu per solito limitata alla cavità della bocca e retrofaringe, e solo rare volte la riscontrammo alla congiuntiva palpebrale.

Torna inutile il dire che a seconda delle varie località, le manifestazioni in discorso assumevano un aspetto speciale; così per esempio, le papule propriamente dette si rassomigliavano spesso alle pastiglie d'ipecaquana e si mantenevano non esulcerate e non secernenti in quei punti ove non era possibile sfregamento o continuo contatto fra di loro, come alla parte alta delle coscie, ai contorni dell'ano e degli organi genitali femminini; mentre erano meno rilevate, più larghe, esulcerate e secernenti più o meno abbondantemente là ove s'avevano condizioni opposte come allo scroto, alle pieghe genito-crurali, negli spazi interdigitali ecc. In queste località, e specialmente nelle ultime due, le papule avevano bene spesso una superficie reale, per così dire, ben più vasta della apparente, com'era facile l' assicurarsene stirando la cute su cui riposavano; si vedeva in allora che la papula era come divisa in due parti, talvolta perfettamente simmetriche, situate l'una di contro all'altra, e, nella posizione naturale della parte, in continuo e mutuo contatto fra di loro.

Un fatto consimile riscontrammo pure in quei pochi casi, in cui le papule anali numerose e molto voluminose costituivano una specie di tumore bernoccoluto finamente suddiviso alla sua superficie, di grossezza varia, che nascondeva com-

pletamente l'apertura anale e che si sarebbe potuto molto facilmente scambiare per una grossa ed unica vegetazione. Se si stirava la cute all'intorno, si vedeva il grosso tumore scindersi in altrettante parti quante erano le papule che lo costituivano, ed ognuna di esse mostrare un aspetto ed una forma irregolare a seconda della compressione che le une esercitavano sulle altre. Lo stesso accadeva per quelle del condotto auditivo esterno, talvolta sì numerose da ostruirlo completamente e da portare quindi una sordità più o meno completa, ma passaggiera.

La papula mucosa propriamente detta riscontrammo pure alla piega cutanea tra il naso e la guancia, all'ombelico, alla solcatura dietro l'orecchio, ecc.

Così, per esempio, la presenza o meno di croste sulle placche eritematose, come pure l'assenza o no di quella secrezione plastica, bianca, caratteristica delle placche opaline, era semplice quistione di località; infatti le croste mancavano là ove le parti eranoo continuamente umettate come alla mucosa balano prepuziale ecc., e si riscontrava invece in condizioni opposte; così come lo strato opalino faceva spesso difetto sulle placche delle tonsille e pilastri del velopendolo in causa del passaggio del bolo alimentare, che le rendeva quindi sanguinanti e maggiormente disposte all'ulcerazione. Pure per ragioni di località quelle situate sui bordi della lingua e sulla superficie interna delle guancie non erano più liscie ed allo stesso livello della mucosa circostante, ma invece presentavano una superficie irregolarmente infossata qua e là a seconda della pressione che i denti esercitavano su di esse.

Ebbi spesso occasione d'osservare quella simmetrica disposizione della forma in discorso, che in altri tempi era contraddistinta col nome di pustole d'inoculazione e che è caratterizzata dallo sviluppo sucessivo, su due superficie abitualmente a contatto fra di loro, di due papule disposte in modo che l'una combacia perfettamente coll'altra. Questo fatto, frequente nei contorni dell'ano forse più che altrove, si spiega abbastanza bene ammettendo che l'irritazione portata dalla prima papula sul punto opposto vi produce un'escoriazione e quindi una maggior facilità del virus ad estrinsecarsi in quella

località più che altrove. Va sans dire che il nome di pustole d'inoculazione fu abbandonato il giorno in cui l'autoirreinoculabilità della papula mucosa veniva ammessa tra i fatti incontestati.

Le placche opaline, oltre al presentare esse pure molto facilmente, a seconda della loro sede, la disposizione simmetrica o la conformazione detta a fenditura, specialmente agli angoli labbiali ed al solco gengivo-labbiale, si ricoprivano spesso d'un grosso strato biancastro, più o meno aderente all'ulcerezione sottoposta, assumendo in allora il nome di placche lardacee per ragioni di somiglianza. Tale varietà della placca opalina riscontrammo più frequente alle labbra ed alle tonsille più che altrove, e non poche volte si potè crederle causate dall'uso o abuso della pipa e specialmente dalla troppo continuata masticazione di tabacco. Però il non averle tanto di frequente riscontrate nelle donne vorrebbe forse dire che una causa irritante qualunque (per esempio quella del tabacco) ne sia uno dei moventi principali?

Ad ogni modo, se non per le lardacee, per le opaline al certo, l'abitudine del fumare o del masticare tabacco è uno dei principali motivi per cui noi le vediamo ricorrere così di frequente, persistere lunghissimo tempo e recidivare con gran facilità nel sesso mascolino anzichè nel femminino; e non sarà mai quindi raccomandato abbastanza agli individui che entrano nel primo periodo d'eruzione generale della sifilide l'astinenza dall'uso della nicoziana, sia per rapporto all'individuo stesso, sia anche perchè esse placche sono forse il maggior fomite d'infezione specialmente nelle famiglie povere, ove la comunione degli utensili da bocca e della pipa è pressochè inevitabile e un'incuria estrema della propria salute è, si può dire, abituale.

Un altro carattere speciale alle papule umide era l'odore nauseabondo della loro materia di secrezione, odore tanto più intenso e non paragonabile a nessun altro, quanto più esse papule erano numerose, situate in vicinanza del pudendo esterno e non soggette a frequenti abluzioni; in allora oltre all'aversi non poche escoriazioni della cute all'intorno, si notavano spesso qua e là vegetazioni di natura affatto semplice, originate, come

le anzidette escoriazioni, dall' irritazione prodotta dal secreto delle papule.

Abbandonata a sè, la papula mucosa aveva sempre un decorso molto lento, specialmente quelle della bocca, tanto più che di tratto in tratto nuove eruzioni venivano a sostituirsi o ad aggiungersi alle antecedenti. Un' appropriata cura però interna ed esterna (e questa forse più prontamente che quella) le faceva scomparire ben tosto, avendosi per primo risultato la cessazione della secrezione e la cicatrizzazione della superficie ulcerata, e in un successivo periodo altrettanto breve il riassorbimento del neoplasma sì completo da non lasciare dietro di sè che una macchia di colore più sbiadito che non quella da papula secca, ed essa pure di pronta scomparsa.

Solo in quei casi in cui le papule erano molto voluminose e d'antica data, esse lasciavano dietro di sè una lieve e limitata ipertrofia del tessuto su cui erano impiantate, e che appunto per non essere una neoformazione sifilitica poco o nulla era influenzata dal trattamento generale; e così dicasi delle già citate vegetazioni frammiste a dette papule e di quell'intasamento abbastanza notevole che notammo spesso alle grandi labbra quale conseguenza di numerose papule alla località.

A queste facili e pronte guarigioni fecero spesso eccezione le placche alla bocca, come dirò in appresso.

« Forma esclusiva della sifilide » (Bazin), « ad essa tutto « affatto particolare, e costituita dalle papille tumefatte, in« jettate, infiltrate di sierosità, di nodi, e di cellule di nuova « formazione, e dalle glandole sebacee di cui la secrezione è « aumentata » (Lancereaux), la papula mucosa propriamente detta non fu mai causa d'imbarazzi in riguardo alla diagnosi, ancorchè presa isolatamente e ad un'epoca abbastanza lontana dal giorno dell'infezione; e se qualche rara volta l' aspetto delle forme boccali potè lasciare qualche dubbio sulla loro specificità, questo veniva ben tosto dissipato dall' anamnesi, dal lento decorso della lesione in discorso e dalla presenza d'altre manifestazioni concomitanti.

Dove forse la diagnosi non si potè sempre fare colla voluta certezza, si fu alloraquando alcune adeniti indurate e in-

grossate, la data recente della comparsa della forma, e la sua unicità facevano sospettare trattarsi d' un ulcero trasformato *in situ* in papula mucosa; ma, oltrechè le adeniti accompagnano ben di rado le manifestazioni secondarie e non eguagliano mai nè per numero nè per la durezza lapidea caratteristica quelle dell'ulcero iniziale, l'errore in tali casi avrebbe avuto nessuna triste conseguenza, avendosi sempre a trattare una manifestazione generale della sifilide.

La papula mucosa è quella tra le forme celtiche che forse più di qualunque altra sente i vantaggi della cura locale; ed a questo proposito non posso che rimandare il benigno lettore a quanto dissi più addietro parlando della cura generale della sifilide e più precisamente della cura locale delle manifestazioni generali precoci (1). Dirò solo con un egregio sifilografo moderno che la cura locale, appunto perchè molto efficace, non dovrebbe essere continuata fino alla scomparsa totale delle forme, giacchè in allora gli ammalati « *guariscono troppo presto* » e torna assai difficile il persuaderli a persistere nella cura interna per un certo tempo, come d'uso, affine d' impedire il meglio possibile una recidiva. Mi resta a dire soltanto qualche parola sull'istesso argomento a proposito delle placche alla bocca, non avendone la fatta menzione.

Le leggiere e ripetute cauterizzazioni colla pietra infernale per le placche opaline, coll' acido cloroidrico o nitrico per le plache lardacee, i collutorii, i gargarismi di clorato di potassa (15 gr. in 400 d'acqua) e di sublimato corrosivo (centig. 50 in 150 d'acqua distillata), ripetuti frequenti volte nelle 24 ore, specialmente quando la malattia era estesa alle tonsille, velopendolo e retrofaringe, furono i soli mezzi impiegati per combattere la forma in quistione. Ma come dissi più addietro

(1) Dice il Profeta che « ogni mezzo è inefficace contro le papule mucose degli organi genitali delle gravide a cagione dello « stato congestivo delle parti. » Per mio conto non posso affatto sottoscrivere a questo dettato dell'illustre sifilografo di Palermo; *tutte* le gravide affette da papule mucose, che ricorsero al nostro Dispensario, guarirono coll'applicazione abbondante e giornaliera di calomelano così bene, e così presto come tutte le donne non gravide.

se l'applicazione di calomelano guariva in brevissimo tempo le papule mucose propriamente dette e le placche eritematose, le cauterizzazioni ed i collutori all'incontro erano ben lungi dall'ottenere nelle placche opaline della bocca effetti sì brillanti e sì rapidi, tuttochè applicate quotidianamente e coadiuvate sempre dalla cura interna. Spesso, quando la malattia dopo settimane e settimane sembrava finalmente vinta, una nuova eruzione ci obbligava a ricominciare da capo, e non pochi furono gli ammalati che, stanchi d'una malattia sì insistente e d'una cura sì lunga, abbandonarono l'ambulanza per correre dietro a qualche consiglio d'amico o alle promesse d'una quarta pagina di giornale. Se le placche risiedevano nella cavità nasale, oltre alle applicazioni locali d' unguento di calomelano (7 gr. in 25 di sugna) spinte fin dov'era possibile, si praticavano iniezioni del liquore di Labarraque (ipoclorito di soda) non tanto per pulire la località, quanto per diminuire almeno in parte l' odore nauseabondo del secreto di dette papule. Sigmund raccomanda di far passare il collutorio dalla bocca al naso attraverso le fauči, specialmente quando v'hanno placche anche in quest'ultima località, persuaso che i gargarismi semplici non toccano che parte delle fauci, e che le iniezioni dirette nella cavità nasale non ne umettano tutte le pareti, come ritiene invece accadere col suo sistema.

La cura interna fu sempre la stessa, il sublimato fino allo scomparire delle forme, e l' ioduro di sodio in seguito se la malattia s'era mostrata molto ostinata.

Appunto perchè recidivante con molta facilità anche in un epoca molto lontana dalla data dell'infezione (2 o 3 anni), la sifilide papulosa umida può accompagnarsi con tutte le forme del periodo precoce e non rare volte anche con qualcuna del periodo tardivo.

Sifilide vescicolare.

L'erpete sifilitico, che tra le varie forme di sifilide vescicolare (la miliare, la varicellosa, l'eczematosa, e la erpetiforme) è forse la più rara, è l' unico esempio di tal genere di manifestazioni che si trovi annotato sui registri della nostra

ambulanza, e pur esso una sol volta. Ecco il caso: Sulla spalla sinistra d'una donna, che non sapeva precisare l'epoca della infezione, e che era contemporaneamente affetta da papule mucose anali e interdigitali e da pustole d'acne al cuoio capelluto, si notavano varie vescicole, in numero di 20 circa, alcune isolate, altre raggruppate irregolarmente, che nello spazio di 4 giorni si ruppero e si ricopersero di piccole croste verdognole; al di sotto di queste s'aveva una piccola ulcerazione. La mancanza d'ogni fenomeno subbiettivo (prurito, bruciore, pizzicore), i caratteri anzidetti, a cui va aggiunta una areola rosso-scura al contorno d'ogni vescicola, e l'essere la donna in piena sifilide, fece ritenere trattarsi d'una forma celtica, e solo avemmo a deplorare che, non essendosi potuto sorvegliare in seguito l'ammalata, siasi perduta l'opportunità d'assistere a successive eruzioni della stessa forma; tutti gli autori infatti sono concordi nel dire che se il decorso dell'erpete sifilitico è cronico, non lo è per la forma in sè stessa, la quale anzi scompare rapidamente, ma per le successive eruzioni, che si ripetono a intervalli più o meno lunghi.

Sifilide pustolare.

La riscontrammo tanto nel periodo precoce che nel tardivo, nel primo sotto forma d'acne d'impetigine e d'ectima, nel secondo ancora sotto forma d'ectima, ma a caratteri ben più marcati e più salienti tanto per la forma in sè stessa che pel suo andamento.

La più comune e la più precoce delle varie forme della sifilide pustolare e nell'istesso tempo la più benigna, si fu senza dubbio l'acne, che quasi sempre trovammo contemporanea della roseola, papule secche ed umide, e bene spesso anche della forma iniziale. Limitata per solito al cuoio capelluto, ove, per quanto confluente, non dava mai luogo alle grandi croste dell'impetigine e dell'ectima, invase rare volte l'altre parti del corpo, rispettando quasi sempre quelle ove ordinariamente ha sede la forma acneica semplice, cioè la faccia e la parte alta del dorso. A questo carattere differenziale, abbastanza importante, molti altri erano manifesti anche ad un

esame superficiale, e cioè l'assenza completa di dolore alla compressione, e dell'alone infiammatorio all'intorno della pustola, la maggior durezza della piccola papula che le serve di base, la scarsezza della materia di secrezione, l'ulcerazione superficialissima, ma che non manca mai se si leva forzatamente la crosta, la macchia residua che non si riscontra per nulla affatto nella corrispondente forma semplice e infine il decorso lentissimo, specialmente al cuoio capelluto. Siccome poi per solito la malattia si presenta sullo stesso individuo in tutti i suoi stadii, dalla pustola iniziale alla macchia residua, la diagnosi è ancor più facile, tanto più che, come dissi in addietro, questa forma è l'ordinaria compagna delle prime manifestazioni generali.

Non è difficile il caso di vedere le croste cadere e la base mantenersi dura e rilevata, ciò che potrebbe far credere in certi casi ad una sifilide papulosa lichenoide o miliare; ma lo stadio più o meno avanzato delle singole forme e qualche nuova eruzione, sì frequente ad osservarsi, basteranno a togliere ogni dubbio, non meritevole d'altronde di troppa attenzione, visto che l'errore diagnostico non avrebbe nessuna conseguenza dannosa per la salute dell'individuo.

Un fatto simile lo verificammo in un individuo che presentava un bellissimo esempio d'acne specifica, estesa alla nuca, ventre, parte esterna delle braccia, coscie, e natiche, oltre a un notevole pallore e dimagrimento; le pustole numerosissime, provviste della piccola papula basica, per la maggior parte coperte da una crosticina e attraversate da un pelo, erano quà e là frammischiate a macchie di roseola e papule secche, e s'erano sviluppate a 2 mesi circa dall'epoca di cicatrizzazione dell'ulcero iniziale, di cui restavano l'induramento e le adeniti. La molteplicità delle manifestazioni avvenute nel breve spazio di due mesi, la cachessia che quantunque appena iniziata, pure sembrava avanzare a gran passi, ne fece sciegliere il sistema ipodermico, come quello che permette di introdurre nel minor tempo possibile una maggior quantità di mercurio; e infatti praticate due iniezioni di calomelano alla distanza di 10 giorni l'una dall'altra, si vidde la salute generale migliorare ben tosto, le pustole essiccare, le croste già

formate cadere, e incominciare la desquammazione delle papule. Alcune di queste, e più precisamente quelle che erano già nell'ultimo stadio, scomparvero immediatamente, lasciando la solita macchia caratteristica; ma tutte le altre, in maggior numero, persistettero ancora per molto tempo dure, salienti, e fu solo a 30 giorni dalla seconda iniezione che tutte s'erano convertite in macchie.

La forma iniziale dell' impetigine, cioè la pustola appoggiata direttamente alla cute senza l'intermezzo della papula, sfuggì sempre al nostro esame appunto per la sua sede ordinaria su parti coperte di peli, cioè cuoio capelluto, labbra, mento; e non ci fu dato vedere che il secondo stadio della malattia, ossia le croste giallo-verdastre, larghe, piuttosto molli, ricoprenti un' ulcerazione superficiale, e che alla pressione lasciavano sfuggire in corrispondenza degli orli qualche goccia di pus denso e verdastro; se poi la secrezione purulenta era stata abbondante, si vedevano grosse ciocche di capelli appiccicate alla cute e ivi trattenute da grosse croste irregolari di forma, ed esalanti un odore nauseabondo. Alle labbra ed al mento le pustole o loro fasi successive erano spesso disposte a semicerchi, più scarse in numero che non al cuoio capelluto (forse perchè là è istintiva e più facile una maggior nettezza), e solo qualcuna vedemmo svilupparsi nel solco cutaneo tra il naso e le guancie, dietro l' orecchio e in qualche altra località. Non lasciarono mai dietro di sè che cicatrici appena visibili, e a guarigione completa il pelo non sembrava aver sofferto nulla dalla malattia che s'era stabilita alla sua base.

Fatta la diagnosi più coll'aiuto dei sintomi concomitanti che per l'aspetto della crosta (di cui non si deve però dimenticare il colore verdastro speciale, che è invece giallo-chiaro nella corrispondente forma semplice), contemporaneamente alla cura generale si favoriva il distacco delle croste, se erano molto estese, coll' applicazione di cataplasmi e col taglio dei capelli, non trascurando qualche pennellata colla tintura d'iodio, se le ulcerazioni residue erano vaste e sporche.

L'ectima sifilitico precoce, che dopo l'acne fu la più frequente delle varie sifilidi pustolose, ne si presentò con carat-

teri anatomici analoghi a quelli attribuiti quì sopra all'impetigine, e la diagnosi differenziale era basata soltanto sulla maggior gravezza d'ognuno d'essi, e cioè pustola più grande, areola rosso-scura più marcata, contenuto della pustola facilmente misto a sangue e quindi croste brunastre o nerastre, ulcerazione sottostante meno superficiale, cicatrice e colorazione cuprea delle medesime più marcata e duratura. La sede preferita era il cuoio capelluto, la faccia, il collo, e le estremità inferiori, e le singole forme erano minori in numero che nell'impetigine.

Del resto tanto l'una che l'altra di queste due forme pustolari, sia per il lungo decorso, sia per la facile recidiva, sia per un certo grado di cachessia che spesso le accompagna, mostrarono di non essere a torto ritenute come espressione d'una sifilide grave, o a meglio dire come l'espressione d'un attitudine speciale dell'organismo a subire l'influenza del virus. Che poi quest'ultima opinione sia più probabile dell' altra, lo credo dimostrato dal fatto che quasi tutti gli individui affetti da forme pustolari erano d'una costituzione cattiva e debole, mentre quelli in condizioni opposte presentavano a preferenza forme papulose.

La cura in simili casi era fatta a seconda dell'indicazione speciale, e mentre si combatteva a mezzo del mercurio l' influenza del virus, si amministravano contemporaneamente i ricostituenti, i marziali, e l'iodio affine di modificare la costituzione, affidando talvolta all'iodio solo l'incarico di combattere la sifilide quando la salute dell' individuo era di molto deperita, o preferendo alla cura mercuriale interna la ipodermica affine di risparmiare lo stomaco per i ricostituenti.

Tutto quanto ho detto fin quì dell'impetigine e dell'ectima precoce (e specialmente riguardo alla prognosi e cura), dovrei a maggior ragione ripetere per l'ectima tardivo, ben più grave del precoce sia considerato localmente o come espressione generale della malattia.

Anello di congiunzione tra le forme pustolari e le bollose, lo viddi svilupparsi sempre a molta distanza dall' accidente primitivo, e costituire per solito l'unica espressione dell'infezione generale. Le vaste e profonde ulcerazioni, che racchiu-

devano, a guisa di vetro d'orologio, grosse croste verdastre a superficie bombée, irregolare e affatto simili a gusci d'ostrica, la prontezza colla quale esse croste si riproducevano se venivano levate a malattia in pieno vigore, l'areola a colorazione scura intensa che si mostrava tutt'all'intorno, le cicatrici cupree, con abbondante esfogliazione sul principio, poi biancosplendenti e indelebili (eccellente criterio diagnostico nei casi dubbi), la loro forma sferica abbastanza regolare, la sede preferita agli arti inferiori, il piccol numero delle singole forme ed il loro decorso decisamente cronico, tutto, dico, richiamava alla mente la rupia nei vari suoi stadi, e da quella non era possibile distinguerla se non per minor gravezza di sintomi, e maggior numero di croste.

Non vedemmo mai la forma in quistione diventare serpiginosa, rodens, o perforante, come se ne citano molti esempi dagli autori; ed io credo che queste complicazioni sieno più rare negli ammalati che frequentano le ambulanze, anzichè in quelli degenti negli ospitali; per questi ultimi la vita inattiva, il continuo decubito, l'aria viziata delle sale (per quanto abbondantemente ventilate) e spesso anche una certa depressione del morale, tutto questo, dico, non è certo fatto per combattere la predisposizione a tale sorta di complicazioni; così come accade per tutte le piaghe in genere che noi vediamo avviarsi bene e guarire molto più rapidamente negli ammalati che stanno nelle case loro e quindi in condizioni opposte alle surriferite.

Ogni regola ha le sue eccezioni, e mentre l'ectima tardivo fu sempre considerato come sintomo di sifilide grave, sia in rapporto all' individuo che in rapporto ai nascituri, noi vedemmo al contrario una donna affetta dalla forma in quistione per la durata d'anni sei, non solo presentare tutte le apparenze d' una eccellente salute, ma dare alla luce durante il pieno sviluppo dell'anzidetta manifestazione un bimbo a termine, vispo e allegro, che per nulla affatto portava le traccie dell'infezione materna.

Ecco in esteso la storia di tal caso:

B...... Angela, d' anni 35, di costituzione eccellente, contrasse

la sifilide per allattamento impuro or sono 10 anni, e nel corso dei tre anni antecedenti all'epoca, in cui venne da noi esaminata, ebbe estese ulcerazioni alle fauci e croste al capo, che giudicate specifiche, vennero curate e guarite con una cura mercuriale interna. Poco dopo per tubercoli ulcerati alla faccia ed alle gambe e grosse croste al capo fu sottoposta per lungo tempo al decotto di S. Giorgio, frizioni mercuriali, sublimato corrosivo, e iodio; il tutto scomparve ben presto, ad eccezione delle forme al capo, che per la loro persistenza e per nuove ulcerazioni sviluppatesi poco dopo alle fauci, fecero decidere la povera donna pel decotto del Pollini, che il proprietario dott. Gasparini le somministrò gratuitamente nella ragguardevole quantità di 80 bottiglie. La malattia era guarita in apparenza, ma non vinta; aveva avuto nello spazio di questi tre anni due aborti a metà gravidanza circa e quando si presentò per la prima volta all'ambulanza nell'anno 1866 presentava le seguenti lesioni: Cicatrici bianco-splendenti alle gambe, faccia, cuoio capelluto e conseguente alopecia a chiazze, numerose e grosse croste d'ectima tardivo di varia grandezza sparse su tutti i punti della calantica, in special modo alla nuca, con profonda ulcerazione sottostante; era gravida ad otto mesi circa, avvertiva distintamente i moti attivi del feto, ed il suo aspetto era florido, a suo dire, come al solito. Avviata la cura interna a mezzo del siroppo jodo-mercuriale, favorito il distacco delle croste coll' uso dei cataplasmi, e ripetute giornalmente le pennellazioni con tintura d'jodio alle piaghe del capo, le forme scomparvero nel breve spazio di 24 giorni; e mentre si credeva avesse a partorire un vero tipo di sifilide ereditaria o per lo meno un tipo di scrofola, s'ebbe invece la lieta sorpresa di vedere la donna presentarsi a noi 8 giorni dopo il parto con un bambino che si sarebbe detto nato da tutt'altra madre, tanto le sue condizioni di salute erano floride. Continuatasi ancora per alquanto tempo la cura interna, la donna (che era anche balia) veniva dimessa, avvertita però di ritornare non appena vedesse *qualche cosa d' anormale* sul corpo del piccolino, ciò che era logico credere sarebbe avvenuto. Un anno dopo e più precisamente nel marzo del 1867 la B..... si ripresenta all'ambulanza in un col suo bambino ancora poppante sempre florido, sempre bello e ch'era cresciuto a meraviglia senz'aver mai avuto nè una macchia nè una piaga sul suo corpo; non così della madre, che, pur mantenendo il suo buono aspetto, raccontò che da quattro mesi circa le si erano riprodotte le croste al capo e che per soprasello soffriva da egual tempo di dolore di gola. In fatti esa-

minata la si trovò ancora affetta da ectima tardivo non solo, ma ben anche da estesa ulcerazione al pilastro posteriore sinistro faringeo da gomma sifilitica ulcerata. Ripresa la cura jodica interna da 2 grammi a 5 nelle 24 ore, e la esterna a mezzo della tintura d'jodio, l'ulcerazione delle fauci riparò per la prima, e dopo 28 giorni di cura anche le forme al capo erano completamente cicatrizzate, sicchè l'ammalata veniva dimessa colla solita raccomandazione di ripresentarsi al primo sintomo di recidiva.

Negli anni successivi e cioè fino al 1872 la donna si ripresentò ancora per 4 volte, sempre affetta dall'istessa forma al capo, ma le croste erano di volta in volta meno grosse, cadevano più facilmente e l'ulcerazione sottoposta, sempre meno estesa, si riparava più facilmente. Il già accennato bambino, ed altri due avuti in seguito si mantennero fino a quell'epoca esenti da qualsiasi indizio di sifilide ereditaria, e parevano contendere alla madre il premio per le guancie più grasse e più rubiconde; nessun indizio di scrofola, che Ricord vorrebbe la conseguenza d'accidenti terziarii nei genitori, appariva sulla faccia di quei bimbi.

Non si tentò mai altra cura fuor della jodica, visto che l'ammalata aveva già esperito inutilmente sublimato, jodio, frizioni mercuriali, decotto di S. Giorgio e del Pollini; e tanto più poi perchè si vedeva chiaramente la tendenza della sifilide ad esaurirsi da sè, come lo provava la sempre più marcata mitezza delle nuove eruzioni.

Sifilide bollosa.

Due casi di rupia e due di pemfigo furono i soli esempi di tal genere di sifilide, ch'io ebbi occasione di vedere; ma in compenso essi erano tipici nel loro genere e presentavano tutti quanti i caratteri che loro sono proprî e sui quali si basa la diagnosi differenziale con analoghe forme semplici. Infatti i due suaccennati casi di rupia si manifestarono in individui adulti (oltre i 30 anni), ad una grande distanza dalla forma primitiva (nell'uno 6 anni, nell'altro 2 anni e 1|2 dopo) ed ebbero un decorso lunghissimo, forse più che qualunque altra sifilide tardiva. La loro sede preferita fu agli arti inferiori e le singole bolle, oltre all'essere disposte non a gruppi ma isolatamente, presentaronsi sempre in piccol numero (da 3 a 10),

con areola fortemente cuprea, e ripiene d' un liquido sieroso che presto si faceva torbido e sanguinolento. Le croste, che costituiscono il 2° periodo della malattia, furono tutte di notevole grossezza, d' un color giallo-verdastro carico e d' un aspetto affatto simile ad un guscio d' ostrica, e sembravano incassate a guisa di vetro d' orologio in un ulcerazione grigiastra, profonda, tagliata a picco e d' una grandezza media d'un pezzo da 2 centesimi. Si ebbero infine come residuo cicatrici fortemente depresse, striate e tinte sul principio in color rameico, che persistente per anni e anni in corrispondenza dell'areola, scompariva ben presto in corrispondenza dell'ulcerazione per lasciar luogo a quel bianco splendente, striato in vari sensi, che s'osserva per solito nelle forme sifilitiche a ulcerazione profonda.

La costituzione dei due ammalati in discorso era eccellente e non sembrava aver menomamente sofferto l' influenza del virus, che pure si manifestava con una forma ritenuta generalmente grave, non già per sè stessa, ma perchè indica la malignità, per così dire della malattia, e la sua nessuna tendenza ad esaurirsi.

Lancereaux, a proposito della suppurazione saniosa e sanguinolenta, che si ha da questa forma di sifilide, fa rimarcare (e credo non a torto) la grande sua plasticità e tendenza a concretarsi, ciò che indicherebbe trattarsi non di semplice pus, ma d'un prodotto che s'assomiglierebbe a qualcuna delle secrezioni dette gommose; ciò sarebbe ancor più confermato dal fatto che la rupia si manifesta per solito in un' epoca molto tardiva e precisamente in quella che ha per tipo l' affezione gommosa.

La cura locale abbastanza utile in questi casi consisteva nell'applicazione di cerotto di Vigo sul principio per favorire il distacco delle croste, e di tintura d'iodio o stimolanti congeneri in seguito per migliorare l'aspetto dell'ulcerazione e favorire lo sviluppo dei bottoni carnei. Contemporaneamente veniva istituita la cura generale mista a mezzo del solito siroppo iodio-mercuriale, e se non s'ebbe ricorso ai ricostituenti, ferruginosi ecc., com'è generalmente consigliato, si fu unicamente perchè non v'era, negli individui anzidetti, traccia alcuna di cachessia.

I due casi di pemfigo appartennero entrambi alla sifilide infantile; il primo d'essi si riferisce ad una bambina di due mesi e mezzo, nata da genitori apparentemente sani e, a quanto risulta, stata infettata da una balia mercenaria. La malattia s'era iniziata, al dire della madre, con una piaga alle labbra a 15 giorni dalla nascita, e all'atto dell'esame (quindi 2 mesi e mezzo dopo) presentavasi coi seguenti sintomi: Sifilide palmare ad ambe le mani, papule mucose ulcerate alle natiche, all'angolo labbiale destro, sforforazioni epidermoidee alla fronte ed al dorso delle mani, leggier abbassamento di voce, adeniti piccoline ed indurate agli inguini, mento e collo, paresi del braccio destro da 5 giorni, ed un notevole grado di cachessia; nessuna traccia di corizza. Vista la gravezza della malattia, s'attivò immediatamente la cura mista interna a mezzo del solito siropo iodo-mercuriale, e la cura esterna a mezzo delle unzioni d'unguento cinereo alle ascelle e di calomelano sulle piaghe; ma l'ammalato andava sempre peggiorando, e 3 giorni dopo il principio della cura si viddero svilupparsi sulle guancie e sulle natiche grosse bolle di pemfigo, affatto simili a quelle prodotte da un vescicante, ripiene di un liquido trasparente che s'intorbidava in breve tempo e che nascondevano un' ulcerazione superficiale; contemporaneamente si notò un principio di corizza e un progressivo abbassamento della voce. Nei tre giorni successivi le bolle andarono sempre più allargandosi e moltiplicandosi in numero, e la salute generale sempre più deperendo fino a che la morte lo colpì nell'età di mesi tre, e cioè dieci giorni dopo il principio della cura. Visto l'andamento della malattia, il genere speciale di manifestazione (il pemfigo), da quasi tutti gli autori considerato come rarissimo nella sifilide infantile aquisita, e proprio invece della ereditaria, e più che tutto l' esito letale in sì breve tempo, naque il sospetto trattarsi qui piuttosto di sifilide congenitale; sospetto tanto più giustificato in quantochè non s'era potuto esaminare la balia, ed i parenti davano risposte indecise e confuse.

Il secondo caso di pemfigo fu affatto simile all' anzidetto tanto per la forma in se stessa, che per le concomitanti e per il suo modo di decorrere. Praticate due iniezioni di calome-

lano le ulcerazioni s'andavano riparando abbastanza bene, quando, dopo un' assenza di 20 giorni circa, il bambino morì a quanto pare per il solo fatto della cachessia, che, marcatissima fin dal principio della malattia, s' era resa sempre più manifesta (al dire della madre) negli ultimi giorni di vita. Anche in questo caso non s'è potuto sapere nulla sulla provenienza della malattia, ma per le stesse ragioni accennate nella storia precedente si sospettò anche quì, e non a torto, trattarsi di sifilide ereditaria.

Ho detto in principio di questo capitolo che i quattro casi di sifilide bollosa da noi osservati presentavano tutti i caratteri speciali che servono per la diagnosi differenziale colle forme semplici; ho detto il vero, ma mi corre obbligo però di soggiungere che questi caratteri non sono poi così speciali della sifilide da poter basare sovr'essi soli la diagnosi; come ben si vede essi differiscono poco da quelli d'analoghe forme semplici, e se non vi fossero altre manifestazioni sifilitiche concomitanti o per lo meno un pò d'anamnesi, spesso si sarebbe imbarazzatissimi.

Sifilide squamosa.

Volgarmente detta psoriasi sifilitica, è al pari della sifilide pigmentaria e della vescicolare tutt'ora negata da distinti dermatologi e sifilografi, e ammessa invece indubbiamente da altri di non minor merito sulla base di caratteri e sintomi che le sono tutt'affatto propri e che segnano tra la forma specifica e la semplice una linea di demarcazione (a mio credere) tanto netta quant'è sufficiente per stabilire nella gran maggioranza dei casi la natura diversa della malattia.

La osservammo dieci volte sola, 5 volte compagna d'altre forme precoci, e una sol volta quand'era ancor aperto l'ulcero iniziale. Il suo decorso fu sempre lentissimo anche se combattuta energicamente a mezzo della cura mercuriale interna o ipodermica e della locale; e per poco l' ammalato interrompesse la cura, la si vedeva riguadagnare il terreno perduto o recidivare con gran facilità e rapidità; e sotto questo rapporto affatto simile alla psoriasi semplice.

Era questo però l'unico punto di rassomiglianza che constatammo esistere fra le due forme, e la diagnosi tornò rare volte difficile se si poneva mente ai seguenti caratteri differenziali : assenza totale di prurito, squame non embricate, poco numerose, bianche ma non argentine, e facilmente staccabili dalla sottostante macchia, colorazione rameica intensa più estesa che non le squame, leggier depressione centrale della macchia, sede preferita al tronco, faccia, superficie interna degli arti, palme delle mani e piante dei piedi ; macchie residue fortemente colorate. Questo per la forma specifica ; per la semplice invece si ha : prurito costante più o meno forte, e più marcato sul principiare della malattia, squame embricate, numerose, d'un color argentino splendente e difficilmente staccabili dal fondo, areola d'un rosso vinoso, nessuna depressione centrale, sede preferita tronco, faccia, superficie esterna degli arti specialmente in corrispondenza delle articolazioni, e dorso, mani e piedi, macchie residue poco colorate. Di tutti questi segni i più costanti erano quelli riferentisi alle squame e la assenza di prurito, mentrechè gli altri tutti, ciascuno alla lor volta, o erano poco marcati o mancavano affatto, la colorazione rameica in special modo. Altri due indizi della specificità della malattia erano le forme pregresse o concomitanti e i buoni effetti della cura mercuriale ; ma se quest'ultimo ha il grave torto d'essere, per così dire, postumo, il primo ha sempre un valore relativo, quando pure sia possibile valersene.

Si osservarono con eguale frequenza le tre forme, sotto cui si presenta la sifilide squamosa, cioè la guttata, la circinata, e la palmare o plantare, e non mancammo pure di notare che se talvolta esiste anche una piccola papula su cui le squame sono impiantate, dessa papula manca nella gran maggioranza dei casi ; si ha in allora la vera costituzione anatomica della forma di psoriasi, cioè una semplice macchia sulla quale le squame sono adagiate e aderenti.

La cura interna mercuriale, che nella maggior parte dei casi era più che sufficiente purchè continuata a lungo, fu sostituita qualche rara volta dall' acido arsenioso, che meritamente gode esso pure fama d'antisifilitico e che noi vediamo entrare nella composizione del liquore iodo-arsenico-mercu-

riale, tanto raccomandato dal suo inventore, il Donovan, nelle sifilidi ribelli (1); il Profeta pure lo dichiara utilissimo in unione al mercurio (arsenito di mercurio a 5 millig. al giorno) e negli ospitali di Lisbona lo si usa con gran vantaggio solo nella dose di due millig. al giorno. La formula in uso nella nostra ambulanza era la seguente:

P. Acido arsenioso
Carbon. potassa . . ana centigr. 10
Acq. distillata . . . . . . grammi 400
Acq. menta . . . . grammi 30
da due a dieci cucchiai da tavola al giorno.

Nella psoriasi palmare e plantare inveterata e complicata da quelle screpolature profonde e dolorose, che s' osservano molto facilmente negli individui occupati in rudivi lavori manuali, si prescriveva un unguento a parti uguali d'olio di Cade e unguento cinereo allo scopo di rammollire il neoplasma sifilitico e favorirne quindi il riassorbimento.

Sifilide tubercolare.

Prendendo per base i due tipi delle sifilidi tardive (terziarie) il tubercolo profondo e la gomma, noi, sulla scorta della nostra statistica, potremmo asserire che la sifilide arriva nel suo ultimo periodo molto più frequentemente nelle donne che negli uomini, come appare dalla tabella seguente:

Femmine	Tubercoli	17	60 su 417 ammalate e cioè il 14 per 100
	Gomme	43	
Maschi	Tubercoli	14	52 su 1042 ammalati e cioè il 5 per 100
	Gomme	38	

Questo fatto, che per il discreto numero d' osservazioni e per il lungo tempo in cui dette osservazioni furono raccolte (7 anni), non può essere ascritto a semplice caso fortuito, potrebbe forse egli pure deporre in favore dell'opinione oggigiorno

(1) « Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle. » Anno 1866, fascicolo IV, pag. 313.

generalmente ammessa e di cui l'esperienza m'ha ormai convinto, essere cioè il mercurio e l'iodio atti non solo a far scomparire le forme attuali, ma ben anco a coadiuvare l'organismo nel suo lavoro di eliminazione o di distruzione del virus, e in altre parole a guarire dalla sifilide. Infatti mentre è certo che la donna ricorre di raro all'opera del medico trattenuta dalla ignoranza, da un falso pudore, dalla vergogna di mettere sotto gli occhi d'un terzo le sue colpe o anche dal genere diverso d' occupazioni, che le permette minor libertà (1), è pur altrettanto certo che il maschio vi ricorre con molto maggior frequenza, perchè, a differenza della sua compagna, ha sempre una o due ore al giorno di libertà, e in genere meno ignorante non è per nulla affatto trattenuto nè dalla vergogna, nè dal pudore.

Ad ogni modo se questa spiegazione non regge, il fatto stà e davvero ch'io non ne saprei trovare un'altra migliore.

La sifilide tubercolare vedemmo aver sede in svariati punti del corpo, ma preferire la faccia, il collo, il dorso e le estremità superiori, e delle varie parti della faccia maltrattare a preferenza il naso; così come notammo spesso evidentissima specialmente alle prime due località la sua disposizione a cerchi completi o incompleti, e di grandezza maggiore o minore a seconda dell'epoca della malattia e della sua tendenza ad estendersi.

Il tubercolo, fosse o no destinato ad ulcerarsi in un'epoca più o meno lontana, appartenesse alla varietà disseminata o a gruppi, fosse il punto di partenza della malattia oppure il prodotto d' una successiva eruzione, il tubercolo, dico, ne si presentò sempre in principio sotto forma d'un piccolo tumore, della grossezza da un grano di miglio a un grano di zea-maiz, d'una durezza mediocre, più o meno sporgente sul livello della cute e in questa più o meno infossato, e mai accompagnato nè da prurito nè da dolore. La sua superficie, tinta in rosso

(1) Intendo qui parlare della categoria d' ammalate che frequentano le ambulanze, cioè serventi, operaie che non ponno lasciare lo stabilimento se non alla sera, madri che sole hanno a custodire una numerosa figliuolanza, ecc.

violaceo o rameico, da lucente ch'era sul principio, si copriva ben tosto di qualche squama grigiastra e secca; e se non sopravveniva l' ulcerazione come d'ordinario nella forma superficiale (detta o disseminata o a gruppi dalla disposizione delle sue forme elementari), dette squame erano il segnale d' una successiva desquamazione, mentre il volume del tubercolo andava contemporaneamente diminuendo fino a scomparire interamente. Al suo posto si riscontravano in allora le solite macchie cupree, e talvolta anche una specie di cicatrice simile a quella lasciata dalle grosse papule umide o secche, e che, come dissi più addietro, è dovuta all'allontanamento delle fibre del tessuto cutaneo in grazia della nuova produzione morbosa.

Il suddetto decorso e modo di terminare, (cioè senza ulcerazione) sarebbe proprio della meno tardiva tra le varie forme della sifilide tubercolare, di quella altrimenti detta superficiale appunto perchè il tubercolo ha sua base negli strati più esterni del derma, ed alla quale alcuni autori rifiutano, anche per la sua grande tendenza alla risoluzione, un posto nella sifilide tubercolare, trovandovi semplicemente i caratteri d'una sifilide papulosa esagerata. Non è raro però il caso di vederla sviluppata anche a grande distanza dalla forma iniziale, compagna di manifestazioni decisamente tardive e invasa pure dal processo ulcerativo.

Con minor frequenza dell'anzidetta vedemmo non rare volte anche la sifilide tubercolare profonda o in gruppi, decisamente propria del periodo tardivo, molto facile ad ulcerarsi, e che come appare dal suo nome si distingue dall'altra per avere la sua origine, la sua base negli strati profondi cutanei, motivo questo per cui la vediamo spesso sorpassare di poco il livello della cute, e rendere necessaria la palpazione onde misurarne il volume; è detta poi a *gruppi* perchè le sue forme elementari non sono più isolate e sparse qua e là, ma sibbene riunite ed avvicinate fra di loro, poco importa poi se irregolarmente o a forma di cerchi o semicerchi.

Citerò qui un bellissimo caso di tal genere di sifilide, che per essere tipico mi dispenserà da ulteriori parole e che non è privo d' importanza sotto il punto di vista della terapia, e della rapidità della guarigione.

L...... I... è donna di buona costituzione, immune (a suo dire da antecedenti venerei, di cui non porta traccia alcuna, e soffre da un anno di vasta piaga al dorso, stata da lei medicata inutilmente con vari unguenti. L'esame istituito il 1.° maggio rileva quanto segue: alla parte bassa del dorso e sul lembo estremo del tratto di cute ove ha sede la malattia (un decimetro quadrato circa), si vedono alcuni tumoretti della grossezza non maggiore d'un pisello, a superficie e forma alquanto irregolare, di colore rosso-oscuro, a base ampia e penetrante molto profondamente nella cute, indolenti, non pruriginosi, e provvisti di poca areola rameica; alcuni di questi sono in preda ad un processo ulcerativo (così detto di fusione) più o meno avanzato, e cioè dalla semplice esulcerazione grigiastra o rosso oscura alla distruzione quasi completa del tumoretto stesso. Nel centro dello spazio circondato dagli anzidetti tubercoli, si vedono tre grandi ulcerazioni, risultanti ognuna dalla riunione di due o tre ulcerazioni primitive come si deduce dalla irregolarità dei loro bordi (1), e che hanno distrutto non solo tutto il neoplasma, ma ben anche la cute, su cui questo appoggiava, per la profondità di 3 o 4 millimetri; la superficie ulcerata è visibile soltanto dopo aver fatto cadere le croste grosse, quasi coniche e verdastre che la ricopriva, ed in allora si possono notare i margini tagliati a picco e irregolari, il fondo esso pure irregolare, quasi direi rosicchiato e di colore grigiastro; in qualcuna delle ulcerazioni e più precisamente in quelle già avviate alla guarigione, si nota qua e là qualche bottone carneo d'un bel rosso vivo, il fondo meno sporco, e i margini non più tagliati a picco, ma sibbene sfuggenti verso il fondo e a questo ben aderenti. Per ultimo notiamo, ancora nel centro della lesione, alcune cicatrici recenti, alquanto infossate, a fondo rameico oscuro, lievemente striate in bianco, e a contorni irregolari.

La diagnosi fu presto fatta; le ulcerazioni centrali erano più avanzate perchè provenienti da tubercoli apparsi per i primi, e pure per i primi stati invasi dal processo di fusione, mentre i tumori periferici rappresentavano una produzione successiva, che s'era andata estendendo sulla periferia delle dette lesioni centrali in direzione eccentrica, e che per essere apparsa da poco

(1) Quando l'ulcerazione rappresenta un solo tubercolo, essa è per solito rotonda, più o meno regolarmente se vuolsi, ma pur sempre rotonda, mentre invece se proviene da vari tubercoli, i suoi bordi risultano da tanti segmenti di cerchio quante erano le forme elementari.

tempo non aveva ancor raggiunto il grado d'evoluzione delle prime. I sintomi e caratteri anzidetti erano proprii delle forme sifilitiche e mancavano invece tutti quelli che avrebbero potuto far credere ad una forma tubercolare da scrofola, d'un lupus in special modo (1); si dichiarò quindi aversi una sifilide tubercolare circinata ulcerata, e per dimostrare ancora viemeglio che il mercurio può essere più che sufficiente anche nelle forme decisamente tardive così come lo è l'jodio, s'ebbe ricorso al calomelano introdotto nell'organismo col sistema ipodermico. Allo scopo poi d'evitare un ascesso troppo vasto, che, per ragioni di località e per essere la cute del dorso poco mobile, sarebbe riuscito incomodo e doloroso, e volendo nell'istesso tempo esperimentare se la vicinanza del rimedio accorcia il tempo ordinario voluto per la guarigione, a vece d'una sola injezione se ne fecero tre, tutte sulla circonferenza della località ammalata, in modo da introdurre nell'organismo in una sola seduta la solita quantità di calomelano (40 centigr.). Il risultato fu quale s'era previsto, e prima ancora che i tre ascessi (piccolini tutti) fossero chiusi, le ulcerazioni erano riparate, i tubercoli eran scomparsi e l'ammalata veniva dimessa completamente guarita il 24 maggio e cioè 24 giorni dopo che s'eran fatte le injezioni.

Non viddi mai nè la varietà serpiginosa nè la perforante, ammenochè non si vogliano far rientrare in questa ultima categoria alcune carie del palato osseo che esaminate per la prima volta in tale stadio, s'amava meglio ritenere causate da periostiti o osteiti gommose con susseguente carie e distruzione di tutto lo spessore della volta ossea.

Sifilide ulcerosa o ulcerazioni sifilitiche successive

Molte delle sifilidi fin quì descritte, a un punto o l'altro del loro decorso diventano esse pure preda d'un processo ul-

(1) Non v'erano segni di scrofola nè presente, nè passata; già s'aveva passata l'età nella quale s'hanno a preferenza le forme di scrofola; le areole, i tubercoli, e il fondo delle ulcerazioni non avevano il colore paonazzo, simile a quello da congestione venosa, che è caratteristico delle forme scrofolose, così come mancava lo scollamento dei bordi e le fungosità molli e facilmente sanguinanti; le croste ricoprenti le piaghe non avevano quel color giallo chiaro che pure è caratteristico della scrofola.

cerativo vario di forma, d'intensità ecc., ma in tali casi l'ulcerazione è sempre consecutiva o a una pustola o a una bolla ecc., e rappresenta quindi semplicemente un fatto secondario, mentrechè nella sifilide ulcerosa propriamente detta l'ulcerazione è l'unico fatto che ci è dato osservare per tutto il decorso della malattia fin dal suo primo manifestarsi e che ne costituisce quindi la forma elementare come la bolla e la pustola per la sifilide bollosa e pustolare. Ho creduto quindi di poter descrivere tali alterazioni sotto il nome di sifilide ulcerosa a tanto maggior ragione in quantochè s'usa l'appellativo di sifilide bollosa, pustolare per descrivere manifestazioni, nelle quali la forma elementare non ha che una durata breve, e talvolta affatto effimera.

È una forma che vedemmo sempre limitata alle mucose e semimucose, per quanto a detta di molti autori possa riscontrarsi anche all' involucro cutaneo; la sua sede prediletta fu le cavità della bocca, tonsille, retrofaringe e narici, le tonsille più che tutte; la riscontrammo pure, sebben di rado, anche alla mucosa prepuziale, all'ano, alle piccole labbra ecc. Per solito preceduta da un eritema alla località, dette ulcerazioni si manifestavano spesso sotto forma di semplici depitelizzazioni o erosioni, a tinta rosso-cupa talvolta velata da un legger strato bianco-grigiastro, con areola all'intorno leggermente arrossata, facilmente sanguinanti e molto dolorose nell' atto della deglutizione specialmente se situate ai pilastri o sulle tonsille. In tale stato di cose la diagnosi differenziale colle papule mucose eritematose o opaline non era sempre facile, anzi talvolta impossibile per la loro grande rassomiglianza con quelle e per esistere spesso contemporaneamente; ma fortunatamente l'errore in tali casi non arrecava nessuna conseguenza funesta per l'ammalato, visto che entrambe le forme esprimono la stessa infezione e richiedono l'istesso trattamento. Se avevano sede alla lingua, i bordi e l'apice ne erano la sede preferita; erano piccoline e numerose, e al pari delle placche mucose, portavano spesso l'impronta dei denti e una configurazione a ragade.

Non sempre però il processo interessava solamente gli strati superficiali, e in allora se la malattia aveva raggiunto un certo

sviluppo, si vedevano nelle anzidette località vaste ulcere a forma più o meno irregolare, a margini tagliati a picco, rosicchiati o lisci, e tinti in rosso cupo, a fondo grigiastro sporco, interessanti più o meno profondamente i tessuti e con areola alquanto infiammata. Se la malattia aveva sede alle tonsille o retrofauci, oltre la sensazione di bruciore o dolore (come avviene per le superficiali anzidescritte), s'aveva bene spesso un più o men notevole abbassamento di voce dovuto al propagarsi del processo alla laringe, sia sotto forma di semplice eritema come d'ordinario, sia sotto forma d'ulcerazioni più o meno estese per solito superficiali e che non lasciavano dietro di sè che una legger raucedine ostinata.

Non viddi mai il processo ulcerativo laringeo estendersi ed approfondirsi di tanto da portare distruzione parziale dell'organo e quindi perdita duratura della voce; furono invece non infrequenti i casi di distruzione più o meno estesa del palato molle, velopendolo e retrofaringe, da noi osservati o nel pieno vigore del processo ulcerativo, oppure a cicatrizzazione già completa in individui che si presentavano per altre forme tardive.

Per quanto avanzata fosse l'ulcerazione tanto in superficie che in profondità, la reazione generale fece sempre difetto, ed anche i disturbi locali furono si poca cosa che bene spesso gli ammalati domandavano semplicemente d'essere liberati da un senso di secchezza o di pizzicore che li disturbava maggiormente nell'atto della deglutizione, e che a loro grande meraviglia e senza causa alcuna datava da mesi e mesi, mentre invece all'ispezione si constatavano già guasti rilevanti per distruzione di tessuto. Altre volte e quando il processo ulcerativo nella sua marcia continua e progressiva aveva perforato il velopendolo, i primi sintomi che avvertivano l'ammalato di tanto disordine erano la sortita dei liquidi e semisolidi dal naso durante l'atto della deglutizione, e quella speciale alterazione del timbro della voce che si distingue col nome di nasale e dall'ammalato quasi sempre tenuta in nessun conto.

Se le ulcerazioni avevano sede nella cavità nasale, la secrezione più o meno abbondante e l'odore speciale che richia-

mava quello dell'ozena comune, erano lì subito per avvertire l'individuo della malattia che l'aveva colpito, e più d'una volta ne occorse di veder sortire dalle narici anteriori piccoli pezzi d'ossa (i turbinati e il vomere a preferenza perchè molto spugnosi i primi, e molto sottile il secondo) che il processo ulcerativo nella sua marcia invadente aveva privati del periostio e condannati quindi alla carie ed al distacco. In allora si vedeva per mesi e mesi perdurare un abbondante secrezione saniosa, mista tratto tratto a sangue quando il processo corrodeva qualche piccolo vasellino, e dotata di quell'odore caratteristico proprio della carie umida delle ossa e che si ritrova tanto di frequente nell'ozena scrofoloso.

La parte della cavità nasale che si presenta come la sede preferita delle ulcerazioni successive sifilitiche si è senza dubbio la anteriore, ed in allora deviando all'alto e lateralmente le pinne, la diagnosi è presto fatta; se invece è la parte posteriore la sede della malattia, oltre ai caratteri dati dalla secrezione e dall'odore, si può ricorrere all'esame della località a mezzo d'uno specchietto portato nella retrobocca e rivolto all'insù in una linea diagonale, dall'avanti all' indietro e dal basso all'alto, e cioè precisamente nella direzione opposta a quella richiesta per l'esame della laringe.

Il processo ulcerativo in quistione vedemmo abbastanza attivo al solco balano-prepuziale, forse in causa dell'arresto in luogo della materia di secrezione e della poco stipata tessitura della mucosa prepuziale; le ulcerazioni rassomigliavano di molto a veri ulceri venerei tanto per i margini tagliati a picco, scollati ed irregolari quanto per la profondità dell' ulcerazione e pel colore del suo fondo, e da quelli in alcuni casi si distinguevano soltanto per la mancanza di dolore e per i risultati negativi dell'autoreinnesto naturale e artificiale.

Di raro compagne delle varie manifestazioni della sifilide ulcerosa, le adeniti consensuali, simpatiche si distinguevano a primo colpo d'occhio da quelle sintomatiche dell'ulcero iniziale per non essere sì dure e sì lapidee, e per essere meno numerose e meno durature; non le viddi suppurare che una sol volta all'inguine per ulcerazioni situate al solco balano-prepuziale in un individuo a tempra linfatica, in cui erano già

suppurate altre adeniti pure inguinali durante il decorso dell'ulcero primitivo.

La cura locale di simili affezioni si riduceva, come per le forme papulose della bocca, a leggiere e ripetute cauterizzazioni, a collutori di sublimato corrosivo (centig. 50 in gr. 150 acqua distillata) di clorato di potassa o borato di soda, a polverizzazioni col calomelano, a iniezioni col liquore del Labarraque, e infine a pennellazioni colla tintura d'iodio a seconda della diversa indicazione e sede; se v'era carie si favoriva a tutt'uomo il distacco dei pezzi mortificati al doppio scopo e di accelerare la guarigione, e di togliere quell'odore nauseabondo che non è ultima tra le sofferenze dell'ammalato e che scompare quasi per incanto non appena si sia levato l'ultimo pezzo d'osso cariato.

Per la cura generale si procedeva a norma della gravezza della malattia, considerando come forme precoci (secondarie) le ulcerazioni superficiali che interessavano appena in parte lo strato mucoso e come tardive (terziarie) le altre più sopra descritte; per le prime quindi si amministrava il sublimato solo, per le seconde invece lo si collegava all'iodio (Vedi *Cura generale della sifilide*), oppure si dava quest' ultimo solo se una cachessia più o meno avanzata poteva far temere maggiori danni dall'uso del mercurio.

Viddi le forme precoci persistere lungo tempo in onta ad un'energica cura locale e generale, precisamente come ho già notato a proposito delle placche mucose della bocca, e le forme tardive invece riparare in brevissimo tempo anche colla sola cura generale, benchè più gravi e come malattia locale e come espressione d'una sifilide grave o d'un'attitudine speciale dell'organismo a sentire l'influenza del virus. La brevità della cura era però poco vantaggio in confronto delle deformità persistenti e annessi disturbi funzionali che risultavano dalla distruzione parziale di certi organi; così per esempio la voce si faceva nasale anche in seguito a lievi alterazioni della retrofaringe; la deglutizione era resa difficile dalla mancanza di una parte del velopendolo, e se non i solidi, i liquidi almeno trovavano modo di penetrare nella cavità nasale anche attraverso a quei piccoli fori che si stabilivano in un punto qua-

lunque del velopendolo e che il processo di cicatrizzazione coi suoi bottoni carnei restringeva di molto. Una sol volta si tentò la stafilorafia per un'estesa ulcerazione che aveva completamente diviso il velopendo e l' ugola dall' alto al basso; ma oltrechè l'ammalato era, come sempre in operazioni di simil genere, molto inquieto e intollerante, l'adesione delle superficie cruentate non si fece che parzialmente, e dopo una seconda prova essa pure infelice, il paziente non mise più piede nell'ambulanza.

Quando l'ulcerazione è estesa al velopendolo e retrofaringe, accade per solito che, avviandosi alla guarigione, quei due organi fanno adesione fra di loro ed allora si vede la volta palatina continuare in linea quasi orizzontale fino alla parete posteriore della faringe e a questa attaccarsi con quella regolarità che le è permessa dal grado dell'esistente alterazione. Di questo fatto, detto da Virchow *atresia cicatriziale dell'istmo delle fauci*, viddi due bei esempi in donne che si presentarono a noi a lavoro di cicatrizzazione già compiuto e che soffrivano l'una di gomme ulcerate al cubito, e l' altra d' un tumore delle corde vocali. Nella prima i pilastri in parte distrutti s'attaccavano alla parete posteriore della faringe in linea obliqua dal basso all' alto, mentre il velopendolo mancante nella sua metà inferiore presentava il suo bordo irregolare libero ma stirato ai due lati dalle aderenze anormali dei pilastri; l'apertura delle narici posteriori era ancora quindi abbastanza ampia, la voce nasale, e impossibile la deglutizione regolare. Nella seconda invece, oltre ad una larga cicatrice bianco-splendente, raggiata della parete posteriore della faringe, si vedevano il velopendolo ed i pilastri in parte distrutti portarsi all'indietro orizzontalmente in modo da costituire un sol piano colla vôlta palatina, e attaccarsi alla parete posteriore della faringe per tutta la sua lunghezza in modo da otturare l'apertura posteriore delle narici; solo un piccolo foro situato sulla linea mediana tra il velopendolo e la faringe lasciava uno stretto passaggio al muco nasale. Questo forellino che si riscontra *sempre* anche nelle forme più gravi dell'atresia cicatriziale in discorso riconosce per causa il muco nasale che continuando a passare dalle narici nella

faringe, (così come avviene anche ad organi intatti), impedisce in un punto o nell'altro il processo di cicatrizzazione e fa sì che si stabilisca un tragitto *fistoloso* che tende a restringersi il massimo possibile ma che non arriva mai a chiudersi completamente; così come accade per le fistole orinose, salivali ecc., in causa del continuo passaggio della materia di secrezione. È facile immaginarsi quali disturbi funzionali dovessero provare le due pazienti in causa delle suddescritte alterazioni, e quanto fosse difficile il porvi riparo anche a mezzo di operazioni cruente, vista la grande probabilità che s'avessero a stabilire nuove aderenze, poco dissimili dalle antiche.

Alopecia, onissi e patereccio.

Di quanto l'alopecia è frequente ad osservarsi negli ammalati di sifilide, d'altrettanto l'onissi vi è rara, almeno al giorno d'oggi, ben diversamente da quanto pensava in proposito il Cazenave, che in calce ad un esatta descrizione delle varie sue forme non si peritava d'aggiungere « è raro che una « sifilide esista da lungo tempo senza che le unghie del ma- « lato sieno più o meno alterate. » Nei nostri registri infatti la trovo segnata solo 4 volte sul numero totale di 1459 sifilitici.

Delle due specie d'alopecia, che alcuni autori descrivono sotto il nome di secondaria (precoce), e terziaria (tardiva), la prima sola costituisce un'entità morbosa a sè, essendochè in essa sola il pelo cade per una malattia tutta propria, per nulla consecutiva o dipendente da altre forme sviluppatesi su organi vicini, mentre invece nella così detta terziaria la caduta del pelo è dovuta a gravi e profonde ulcerazioni che nella loro marcia progressiva distrussero tutto quanto trovavano e quindi anche i bulbi dei peli.

La vedemmo per solito (la precoce) manifestarsi contemporaneamente alle sifilidi eritematose e papulose, e persistere molto tempo anche quando queste erano già scomparse e l'individuo si poteva dire guarito; il cuoio cappelluto era la sede prediletta e in ordine di frequenza vi tenevano dietro le sopraciglia, le ciglia, i mustacchi, e la barba.

La malattia s'annunciava, prima ancora che incominciasse la caduta, colla perdita della lucentezza e morbidezza del pelo, e a differenza della tardiva, nella quale i capelli cadevano a larghe chiazze corrispondenti sempre ai tratti di cute ulcerata, nella precoce invece essi s' andavano diradando a poco a poco ed equabilmente su tutti i punti della superficie cranica (forse con leggier prevalenza alle regioni temporali); in allora e se la malattia s'era stabilita da un certo tempo, anche una piccola trazione esercitata su una ciocca di capelli, bastava perchè alcuni d'essi si distaccassero senza cagionare all'individuo nessuna molestia; che se poi a complicare la forma in quistione sopravvenivano eruzioni pustolari (l'impetigine in special modo), i capelli o peli che restavano impaniati nelle croste, cadevano ancor più abbondantemente al distaccarsi di queste e lasciavano delle chiazze depilate di forma ed aspetto vario a seconda della disposizione circinata o meno delle dette sifilidi pustolari.

Nella sola forma precoce (non dipendente cioè da ulcerazioni) i peli si riprodussero sempre nella stessa quantità, e collo stesso colore di prima, però in un' epoca spesso molto lontana dal principiare della malattia (6 mesi e talvolta anche un anno); non occorre il dire che nella forma tardiva la distruzione del bulbo rendeva impossibile la riproduzione.

L' alopecia, che si verifica durante il periodo delle manifestazioni generali, è veramente e sempre un fatto causato dall'azione diretta del virus sui peli o semplicemente invece uno dei tanti effetti delle grave alterazione che la presenza del detto virus induce nell' organismo? La mancanza d' una lesione apparente del bulbo, il costante riprodursi del pelo, e il vedere questo fatto verificarsi durante il decorso d' altre malattie, che al pari della sifilide, attaccano profondamente l'organismo, tutto ciò, dico, militerebbe, a mio credere, in favore della seconda opinione, e non mi parrebbe per nulla contrario alla logica ed al buon senso il dare all' alopecia dei sifilitici lo stesso valore che si dà all'edema compagno d'una insufficienza valvolare e d'una nefrite albuminurica, e che riconosce per causa diretta non già l'alterazione materiale del cuore o del rene, ma bensì l'inceppamento alla circolazione e la scarsezza d'albumina nel sangue.

Un bellissimo esempio d'onissi secca ne fu dato vedere in una giovane Anconitana, stata infettata 4 mesi prima dall'amante, che in un momento d'estro venereo le aveva morsicato il capezzolo; l'ulcero mammario trasformatosi in papula, fu ben tosto seguito da altre papule all'istessa mammella, da pustole d'acne alla testa e da grave alopecia, e quando tutto questo era in via di guarigione, le unghie delle mani, l'una dopo l'altra, incominciarono a perdere l'elasticità ed il color roseo per diventare fragili e grigiastre, e la superficie esterna a farsi più convessa, non già per aumento di curvatura, ma sibbene per ingrossamento della parte; i solchi longitudinali erano più marcati che d'ordinario, e più s'andava avanti, più l'unghia vecchia s'allontanava dal polpastrello, cacciata da quella nuova che si formava lentamente al di sotto; quando questa era giunta a 2[3 circa del suo sviluppo normale, l'unghia vecchia si staccava completamente senza lasciare nè rossore, nè gonfiore, nè ulcerazioni, come mai se n'aveva osservate durante tutto il decorso della malattia. Di questo modo e mentre si manifestavano nuove plache mucose alle labbra, tutte le unghie delle mani si rinnovarono nello spazio di quattro mesi, pur conservando il color naturale e quella leggier curvatura, che la persistenza in luogo dell'unghia vecchia aveva al certo favorito, e che aveva reso inutile l'applicazione d'un fac-simile in cera, tanto utile invece quando quella cade fin dal principio della malattia. Farò quì notare che mentre la varietà secca è generalmente ascritta al periodo terziario o quanto meno al periodo di transizione tra il secondario e il terziario, in questo caso invece si presentò a soli 4 mesi dalla data dell'infezione e mentre erano in corso di estrinsecazione altre forme decisamente secondarie.

Gli altri tre casi d'onissi appartengono alla varietà umida o infiammatoria e forse qualcuno riconosceva per causa probabile (1) lo sviluppo di papule umide in corrispondenza della matrice, tanto più che se ne vedevano altre in vari punti dell'inviluppo cutaneo o mucoso. Non si potè in nessun d'essi

(1) Non s'avevano potuto esaminare fin dal principio della malattia.

constatare la data dell'infezione, e all' atto del primo esame si notava un' ulcerazione grigiastra più o meno estesa della matrice e conseguente scopertura di parte della radice dell'unghia; il colore di questa nella sua parte anteriore da roseo erasi fatto bloastro, e mentre in quelle non destinate alla mortificazione la superficie esterna era liscia come d'ordinario, e la interna e i bordi aderenti in tutta la loro estensione, nelle altre invece destinate a cadere s'aveva l'opposto, e cioè rugosità, distacco parziale o totale, e ulcerazioni più o meno sporche, vegetanti ed estese per solito a tutto il tratto coperto dall'unghia.

La cura locale, abbastanza importante nella forma umida, consisteva nelle cauterizzazioni o pennellazioni con liquidi eccitanti (iodio, ecc.) della porzione ulcerata e nel favorire (anche a costo di ricorrere all'esportazione) il pronto distacco dell'unghia o sua porzione mortificata, che oltre all'agire da corpo straniero, impediva la medicazione della sottostante piaga, e fors'anco la regolare riproduzione della nuova unghia; che se questa aveva tendenza a deformarsi, s'applicava il già accennato fac-simile in cera mantenendolo in posto fino a guarigione completa.

Quando invece s'ha a fare coll'onissi secca, l'indicazione di togliere la parte mortificata esiste di raro, non occasionando essa alcun disturbo speciale; e diffatti nel caso suaccennato detta parte cadeva da se quando la nuova produzione era quasi al completo servendo così, oltrechè a difendere quest' ultima dai traumi possibili, anche ad impedire che s'avessero a stabilire delle deformità.

È chiaro che se l' ulcerazione aveva distrutta completamente od in parte la matrice, il guasto diventava irreparabile e l'unghia o non si riproduceva affatto o soltanto per una piccola porzione corrispondente al lato ove s'aveva ancora un pò di matrice.

Per l'onissi come per l' alopecia si perdurava nella cura interna (mercuriale o mista secondochè era precoce o tardiva) fino a che entrambe non si potevano più considerare sotto l'influenza del virus, come si deduceva dal mutato aspetto dei fenomeni locali e dalla scomparsa delle altre forme concomi-

tanti; e così quando le ulcerazioni s'erano riparate e la nuova unghia incominciava a riprodursi, o quando, scomparse tutte le altre forme da molto tempo, l'alopecia continuava ancora, si cessava dalla somministrazione degli specifici, giacchè in allora non s'era più di fronte a un effetto diretto del virus, ma sibbene ad un effetto semplicemente indiretto, così come accade nei convalescenti di tifo nei quali l'alopecia continua ad onta sia già cessato quel disturbo di nutrizione generale che ne era stata la vera ed unica causa. E diffatti tutte le volte che si cessò dalla cura sulla scorta degli anzidetti criteri, si viddero le unghie continuare nel loro movimento di riproduzione come se fossero cadute per una causa qualunque non specifica, e l'alopecia diminuire a poco a poco fino a cessare completamente solo alloraquando eran caduti tutti i capelli che due, tre, quattro mesi prima erano stati mortificati dal virus.

Avemmo pure ad osservare una sol volta quella manifestazione speciale della sifilide che si distingue col nome di patereccio sifilitico e che eccezione fatta per la sede, differisce dalla corrispondente forma semplice per la mancanza d'una causa traumatica, per minor acutezza di sintomi, per un decorso molto più lento, per minor tendenza alla suppurazione, per una colorazione della cute non rosso-viva, risipelacea, ma sibbene rosso-scura quasi fosse da congestione passiva, per la concomitanza o preesistenza d'altre forme celtiche, e infine per la pronta sua guarigione se viene attivata una cura generale specifica.

Fu cosa di poco momento, e senza siasi fatta alcuna cura locale, la malattia scomparve col solo sussidio delle iniezioni ipodermiche di calomelano, contemporaneamente ad un'irite e ad una sifilide papulosa che già da tre settimane avevano colpito l'individuo.

Cheratite, irite, coroideite e retinite.

Anzitutto debbo dire che avemmo rare volte occasione di vedere forme sifilitiche oculari, perchè, accanto alla nostra ambulanza e nell'istess'ora della giornata, essendo aperta an-

che quella dell' ottalmoiatro, a questa ricorrevano più volontieri gli ammalati d' occhi, anche se la sifilide era la causa della malattia. E infatti dei 12 casi che rappresentano la somma totale delle malattie oculari dovute all' infezione celtica, undici furono raccolti su individui che frequentavano già la nostra ambulanza per altre manifestazioni contemporanee, mentre in un solo l'irite era l'unica espressione dell'infezione generale.

In un individuo robusto, in cui la sifilide datava da 4 mesi e l'ulcero trattato solo localmente s'era mantenuto a base perfettamente molle fino a guarigione completa, osservammo quella forma speciale di cheratite che alcuni vogliono causata solo dalla sifilide, e che dal suo aspetto vien distinta coll'epiteto di punteggiata o anche di interstiziale. L'individuo non aveva mai fatta cura mercuriale interna, e mentre da pochi giorni gli s'era praticata un' iniezione ipodermica di calomelano al braccio per una sifilide papulosa secca, fu ad un tratto preso da leggier attacco d'irite all' occhio destro, e contemporaneamente gli si manifestava nella cornea corrispondente, oltre ad un lieve appannamento, numerose e piccolissime macchie giallognole, senza rilievo di sorta, separate tra di loro da spazii perfettamente sani, aventi sede sulla superficie posteriore di detta cornea, come chiaro appariva a mezzo del rischiarimento laterale, e accompagnate da poco sviluppo dei vasi della congiuntiva oculare. Sulla congiuntiva palpebrale inferiore dello stesso lato s' osservava una lesione che si rassomigliava affatto ad una leggier escara da applicazione di nitrato di argento e che per la sua sede e per i suoi caratteri comuni alle placche mucose opaline venne senz'altro caratterizzata come tale. Praticata una seconda iniezione ipodermica, la forma corneale, s' andò mano mano dissipando senza lasciare dietro di sè traccia veruna; e 48 giorni dopo l'ammalata veniva dimessa perfettamente guarita.

Fu questo l' unico caso di cheratite punteggiata (l'acqueo capsulite degli antichi) che avemmo occasione d' osservare e che per i caratteri speciali anzidetti, pel criterio delle altre forme concomitanti, e della sua rapida guarigione colla sola cura specifica non si esitò a dichiarare d'origine sifilitica.

L'irite, la più frequente tra le forme celtiche oculari, ne si presentò infatti sola o consociata ad alterazioni delle altre membrane dell'occhio nella proporzione di 2|3 sulla somma totale e più precisamente in numero di otto, e il tempo trascorso dalla data dell'infezione oscillò tra i 3 mesi e mezzo, e i sei; comparve di conseguenza sempre nel periodo delle manifestazioni precoci, spesso in individui che non avevano mai fatta nessuna cura mercuriale e per solito limitata ad un occhio solo. Le recidive o, a meglio dire, le recrudescenze ufrono frequenti e una sol volta vedemmo l'irite, che era scomparsa dall'occhio destro dietro una iniezione ipodermica di calomelano, ricomparire un mese dopo nell'altr'occhio con sintomi ben più gravi che non dapprima.

La diagnosi differenziale colla corrispondente forma semplice non fu sempre la cosa più facile, e se non fossero state le altre forme concomitanti o pregresse, più d' una volta si sarebbe rimasti in grave dubbio: infatti il cerchio rameico al bordo pupillare manca spesso o è pochissimo marcato, quelle piccole eminen e giallastre o rossastre che si vedono quà e là sulla superficie dell' iride (i condiloni), e che non sono altro che essudazioni plastiche, si riscontrano spesso anche nella forma semplice; e pure in questa sono frequenti quei piccoli ascessi che Virchow vorrebbe rappresentassero l'ultimo stadio di neoformazioni gommose, ma che di queste non hanno il lento decorso; e infine, e forse il meno incerto tra i caratteri speciali della forma celtica, il decorso subacuto e lento, che però noi vediamo non rare volte anche nelle iriti semplici, e che frequenti recrudescenze rendono ancor più lungo. Di ben poco valore poi per la diagnosi differenziale sono: la deformità della pupilla che alcuni vorrebbero quasi costante in una direzione dall'alto al basso e dall'interno all' esterno, e che riconosce per causa essudati della superficie posteriore dell'iride, colleganti questa alla lente, il dolore più sentito di notte che di giorno, e infine la comparsa ad una certa epoca della malattia d' un grado maggiore o minore di cheratite punteggiata.

Il decorso fu sempre afebbrile e lentissimo fino ad oltrepassare i 7 mesi ad onta venisse continuata la cura specifica,

e bene spesso la facoltà visiva era di molto diminuita non solo per gli essudati depositati sulla superficie anteriore della lente cristallina, ma ben anco per il solo fatto della deformazione della pupilla dovuta appunto ai detti essudati, che riunendo l'iride alla lente non la lasciavano libera nelle sue contrazioni. Ne arrivò infatti più d'una volta di trovare perfettamente intatte le membrane profonde e i mezzi trasparenti (non escluso il cristallino), e non ostante riscontrare una diminuzione della facoltà visiva, che riconosceva per unica causa (probabile) il modo diverso dall' ordinario, con cui il fascio luminoso andava ad impressionare la retina; e ben si capisce come in causa della nuova configurazione dell'apertura iridea, detto fascio non debba più avere la forma conica ordinaria, ma bensì un'altra a contorni più o meno irregolari in ragione della irregolarità della pupilla, così come accade anche nell'irite semplice.

Ma meglio che dell'indebolimento della facoltà visiva gli ammalati si lamentavano piuttosto dei forti dolori, che limitati spesso alla regione sopraorbitale, s' estendevano talvolta non solo a tutta la cavità orbitale e alla metà corrispondente della fronte, ma ben anco a tutta la metà della testa, associandosi poi a un dato momento della malattia anche a congiuntivite più o meno grave e conseguente aumento di fotofobia e lagrimazione.

Nei 2|3 dei casi l'irite sifilitica comparve a cura mercuriale già iniziata, così come accade di tante altre manifestazioni celtiche; e quì cade in acconcio il ricordare un fatto che osserviamo spesso sui sifilitici, e che non si riscontra in nessun'altra malattia d'infezione; e cioè: un individuo per una forma generale precoce fa un pò di cura mercuriale, presto le cose si mettono bene, e quando lo si può dire quasi guarito, eccolo côlto da un'altra forma pure per solito precoce, ad onta non s'abbia ancor cessato dalla cura; se si continua ancora collo specifico l'ultima manifestazione scomparirà presto essa pure come la prima; in caso diverso il suo decorso sarà cronico come lo è quello di tutte le forme sifilitiche abbandonate a sè stesse. Questo fatto, che noi vedemmo ripetersi 2, 3, 4 volte di seguito sullo stesso individuo, è la miglior

prova di quella sconsolante teoria, secondo la quale il mercurio agisce solamente sulle manifestazioni e non sul virus. Se però questa teoria fosse vera in tutto e per tutto, bisognerebbe anche ammettere come corollario che il mercurio non guarisce dalla sifilide, mentre ciò non è per niente affatto vero per una gran parte d'ammalati, come ho già tentato di dimostrare parlando della *Cura generale della sifilide.*

La cura locale si limitò sempre alle instillazioni d'atropina (10 centigr. di solfato neutro in 30 gr. d'acqua distillata) al doppio scopo e di diminuire l' afflusso di sangue alla parte, come deve certamente accadere per l'ostacolo che la maggior contrazione delle fibre raggiate, non controbilanciata dalle circolari oppone al libero distendimento dei vasi iridei, e di impedire la formazione di sinechie posteriori. Con tali instillazioni s'aveva inoltre il vantaggio di rendere più manifesta la entità delle sinechie già esistenti, ciò che a sua volta permetteva di fare un pronostico più o meno grave in rapporto alle probabilità maggiori o minori di persistente deformità della pupilla.

Quanto alla cura generale, risulta dallo spoglio delle singole cedole che la durata della malattia fu ad un dipresso uguale tanto in quelli trattati colle solite pillole di sublimato, quanto in quegli altri a cui furono praticate le iniezioni ipodermiche (ordinariamente in numero di due), così come il decorso fu lentissimo e non infrequenti le recrudescenze qualunque fosse il sistema di cura adoperato. E quì credo di poter dire essere forse l'irite una delle poche manifestazioni celtiche in cui il principale vantaggio delle iniezioni ipodermiche, cioè la rapidità della guarigione in confronto del metodo ordinario è poca cosa, mentre in molte altre manifestazioni detto vantaggio è marcatissimo. E che questo debba essere ben lo si capisce quando si pensa alla tenacità, consistenza e completa organizzazione delle aderenze o sinechie che appunto costituiscono il fenomeno più ribelle dell'irite. È ben vero che il dott. Quaglino ed altri hanno pubblicato molte osservazioni di iriti sifilitiche guarite in breve tempo col mezzo delle iniezioni ipodermiche; ma tali splendidi risultati non furono ottenuti che a prezzo d'un ascesso alle regioni temporali, ascesso

che oltre all'essere quì molto più doloroso che non altrove e sempre susseguito da una cicatrice, per quanto leggiera, potrebbe anch'essere il punto di partenza d'una risipola sempre pericolosa in tale località, o anche d'una non indifferente deformità, qualora un certo tratto di cute avesse a cadere mortificata, vuoi per un eccessivo assottigliamento della stessa, vuoi per la cattiva costituzione dell'individuo. Per tutti questi inconvenienti, che a vero dire non si sono finora avverati che in parte, ma che nessuno potrà negare possibili tutti e abbastanza serii, il dott. Ricordi non credette mai opportuno di ricorrere in simili casi alle iniezioni ipodermiche alle tempia, forse aspettando che una più estesa applicazione di tale sistema ne abbia dimostrato, almeno praticamente, l'innocenza.

Non osservammo mai nè ipopion, nè intorbidamento dell'umor acqueo, nè ascessi sì vasti da portare la distruzione dell'occhio; la terminazione della malattia avvenne sempre per risoluzione, e più o meno tardi le sinechie posteriori scomparivano, la superficie del cristallino ritornava allo stato primitivo, e la pupilla riprendeva la sua forma, e mobilità ordinaria; solo qualche volta persisteva in perpetuo un'alterazione del colore naturale dell'iride.

A mezzo dell'ottalmoscopo ne fu facile riconoscere in cinque ammalati alterazioni più o meno gravi delle parti profonde dell'occhio, che tutte, a mezzo d'un'energica e continuata cura specifica scomparvero sempre completamente, pur impiegando, specialmente in un caso, un tempo abbastanza lungo, un anno circa.

Le coroideiti e retiniti appartenevano tutte piuttostochè alla forma congestiva, alla forma essudativa, o quantomeno quella aveva già ceduto il posto a questa, come avviene per solito. Detta forma essudativa era caratterizzata da spandimenti bianco-grigiastri, ora estesi uniformemente ad un certo tratto di dette membrane specialmente al contorno della papilla (1), ora limitati a piccole placche o punti sparsi qua e là o collocati solamente lungo il decorso dei grossi vasi. Se ap-

(1) Ed è il caso più frequente.

partenevano alla coroidea, oltre al sollevamento più o meno notevole della retina si vedevano i vasi di quest'ultima passarvi al disopra senza perdere la loro continuità; l'opposto invece accadeva nel caso contrario ed in allora era facile vedere qualche vaso retinico scomparire ad un tratto appena giunto in corrispondenza del limite d'un essudato e ricomparirne al lato opposto. In entrambi i casi il sistema vascolare si mostrava sempre congesto, il venoso a preferenza dell' arterioso, e la tortuosità ordinaria dei vasi era di molto aumentata; se però la malattia era alquanto avanzata e gli essudati abbondanti, i vasi che li attraversavano, erano d'un volume minore dell'ordinario in causa della compressione che su di loro esercitavano detti essudati. Nella retinite i contorni della papilla invece che netti e distinti come d' ordinario, apparivano incerti e come circondati da un' areola di nebbia; il suo color bianco splendente aveva ceduto il posto ad un grigio-chiaro, e i vasi che partivano dal suo centro erano più marcati se pur qualche placca d'essudato non li nascondeva in parte.

Il pigmento della coroidea non subì mai quell' alterazione che il Desmarres chiama macerazione del pigmento e che sarebbe costituita da un spostamento di detto pigmento in modo da rendere visibili qua e là larghe placche nerastre intramezzate da altre grigio-chiare, tali appunto per mancanza della materia colorante. Notammo infine una sol volta quegli essudati che vengono distinti col nome di corpi volitanti del vitreo, e che simili a teste di spillo s'agitavano a seconda dei movimenti che venivano impressi alla testa; erano poco numerosi, e permettevano ancora di vedere distintamente le alterazioni delle membrane profonde.

All'esterno erano quasi sempre palesi una più o meno notevole congestione dei vasi sclerotidei colla conseguente zona pericorneale a diramazioni centrifughe, una lentezza nei movimenti nell'iride e una maggior consistenza del globo oculare; e come disturbi funzionali notammo sempre annebbiamento notevole della vista, un certo senso di stanchezza e di dolore all'occhio dopo breve lavoro, un grado maggiore o minore di fotofobia, e infine la presenza pressochè continua davanti all'occhio di cerchi luminosi, mosche ecc., quale effetto

della compressione retinica, così come si può ottenere anche ad occhio sano comprimendo l'occhio verso l'angolo interno.

È evidente che tutti questi disturbi in genere erano molto più marcati nella retinite che nella coroideite, specialmente la fotofobia, ed una sol volta osservammo anche come conseguenza d'un'estesa placca d'essudato situata al contorno della papilla nella sua parte alta, la mancanza d'impressione per gli oggetti situati in basso. Questo disturbo funzionale che era in allora conseguenza d'una retinite essudativa, lo osservammo altra volta, pure causato da essudati, ma invece che alla superficie interna della retina, essi erano collocati tra questa e la coroidea (coroideite essudativa), ed avevano quindi dato origine ad un distacco di retina.

Il decorso di queste affezioni fu come al solito lentissimo, più lento ancora che nell'irite; ma, al pari di questa, esse scomparvero, senza lasciare traccia alcuna del loro passaggio, col solo sussidio della cura generale.

Orco-epididimite sifilitica.

È tra le varie manifestazioni della sifilide quella che forse meno di tutte le altre vedemmo avere un'epoca relativamente fissa pel suo sviluppo, cioè a pochi mesi come a molti anni dalla forma iniziale; e solo a tal proposito notammo essere in genere l'epididimite più precoce che non l'orchite propriamente detta, e forse appunto perchè tale non raggiungere mai grandi proporzioni e risolversi spesso spontaneamente dopo essere stata stazionaria più o men tempo.

Ben di raro il medico ha occasione d'osservare la malattia fin dal suo nascere, e appunto perchè sempre scompagnata da dolori, da alterazioni della cute scrotale e quasi sempre anche da idrocele, essa non è avvertita dall'ammalato che per caso o solo quando il volume dell'organo è aumentato di molto; chè in allora il considerevole peso, lo stiramento del cordone spermatico e quindi una leggier dolentatura non è difficile faccia rivolgere l'attenzione dell'individuo alla località ammalata.

E infatti in tutti i casi da noi osservati di affezioni del

testicolo o dell' epididimo (complessivamente 21) la malattia datava già al dire dell'ammalato da qualche mese, e quando questi se n'era accorto, l'organo in quistione aveva già un volume ed una durezza abbastanza pronunciata.

Non si credette mai opportuno di fare la distinzione tra l'albuginite e l'orchite propriamente detta, perchè in primo luogo la prima è quasi sempre compagna della seconda; poi perchè non sempre riesce possibile distinguere se in un testicolo sifilitico la malattia abbia sede o origine nel solo spessore dell' albuginea esterna per così dire, o nelle trabeccole ch'essa membrana manda nello spessore della sostanza testicolare, o piuttosto non sia rappresentata da quei piccoli tumori sparsi qua e là nella detta sostanza testicolare, affatto simili alle gomme che si riscontrano in altre parti del corpo, e che le fecero dare da Virchow il nome d'orchite gommosa, o per ultimo s'essa non sia il risultato d'un'infiltrazione parimenti gommosa, ma sotto forma diffusa, estesa a tutta o ad una parte del testicolo.

Mi si permetterà quì di riferire un bellissimo esempio di orchite sifilitica doppia, che per essere un modello completo di tutte le alterazioni a cui possono andar soggetti gli organi scrotali in causa della sifilide, mi risparmierà inutili ripetizioni.

B..... G....., d'anni 30, tessitore, presentatosi a noi nel marzo 1866, racconta quanto segue: non ha mai sofferto uretriti: ha sofferto invece varie volte d'ulceri, segnatamente nel 1863, queste ultime susseguite a breve distanza da alopecia; d'allora in poi nessun segno d'infezione generale; da 2 mesi e mezzo s'è accorto che il testicolo sinistro va lentamente e regolarmente aumentando di volume pur mantenendosi quasi affatto indolente, e che da 15 giorni anche il destro incomincia ad ammalare dell'istesso modo. Un'applicazione di sanguisughe tornata affatto inutile e un progressivo deteriormento della salute generale lo fanno decidere per il medico ed ecco cosa si riscontra al primo esame: Costituzione robusta, dimagramento notevole e *debolezza* generale molto marcata; quattro papule secche al glande, nessun ingorgo glandolare nè agli inguini nè altrove; cute scrotale sana e mobile ovunque; il testicolo sinistro ha la grossezza d'un uovo

di pollo d' India, una forma che, fatte le debite proporzioni, ricorda quelle d' un didimo sano, ed un peso relativamente notevole; alla pressione da qualunque lato esercitata mostra una durezza, si direbbe quasi lapidea, ed uniforme, e non dà dolore, nè tanto meno quella sensazione speciale che dà un testicolo sano per poco venga compresso, e che senza essere un vero dolore è però molto incomoda; la superficie è liscia e regolare per quasi tutta l' estensione del tumore, e solo in alcuni punti s'avvertono larghe placche circolari o oblunghe, a contorni irregolari, più o meno nettamente definiti, elevate da un millimetro a due sul livello circostante e che per la loro consistenza richiamano la cartilagine. L' epididimo sembra scomparso e nella parte posteriore del tumore non s'avverte nulla che ne possa far sospettare l' esistenza; il cordone spermatico non è per nulla alterato nè nel volume, nè nella sua sensibilità, e solo quando l' ammalato sta molto in piedi e non porta sospensorio, desso è sede di lieve dolore che sembra dovuto unicamente allo stiramento che deve necessariamente subire in causa dell' aumentato peso del testicolo. — Il didimo destro ha un volume superiore d' un buon terzo al normale; è alquanto sensibile alla pressione, e la sua durezza è molto meno marcata che nel sinistro non solo, ma anche non uniforme nei diversi punti che vengono successivamente esaminati; la sua superficie liscia e regolare è interrotta quà e là da qualche placca incipiente, e una palpazione accurata ed attenta dà la sensazione, sebbene alquanto incerta, di indurimenti a contorni ben limitati ed a figura irregolarmente sferica situati a diversa profondità nello spessore dell'organo in quistione. L'epididimo corrispondente ha un volume ed una consistenza di poco maggiore della normale, assai più marcata alla testa che alla coda, ed i suoi margini sono ben distinti dalla superficie del didimo, da cui anzi sembra quasi staccato; il cordone spermatico ha volume e sensibilità normale. Gli stimoli sessuali non si fanno più sentire da qualche tempo, in onta agli sforzi in proposito fatti dall' ammalato, e neppure da tempo si sono verificate polluzioni notturne. È individuo in buone condizioni finanziarie, e la buona alimentazione con cui credette ovviare all'anzidetto inconveniente non gli tornò di nessun vantaggio.

Avviata immediatamente la cura jodica interna incominciando da un grammo e aumentando progressivamente fino ai 7 grammi nelle 24 ore, il volume e la durezza degli organi scrotali andarono mano mano diminuendo fino a che nel mese di maggio, e cioè dopo 2 mesi di cura, l'individuo potè partire per la campa-

gna di guerra, ch' ebbe luogo in quell' anno, perfettamente guarito, ad eccezione d'un piccolo nodulo abbastanza duro, che persisteva alla parte superiore del testicolo sinistro La quantità d'joduro di sodio consumata in quei 2 mesi fu di 220 grammi, e mai l' individuo ebbe a lamentarsi di incomodi di stomaco o di intestina; chè anzi poco dopo il principio della cura l'appetito e le facoltà digerenti gli ritornarono allo stato normale, e la cachessia scomparve affatto.

Non avendo più avuto occasione di vedere l'ammalato, non sì potè nemmeno constatare se le facoltà speciali del suo sesso s'erano esse pure ripristinate, ma l' avere i testicoli ripreso il volume, la consistenza e la sensibilità normale ne danno tutto il diritto di crederlo.

Durante il decorso della cura si resero come al solito più manifeste le placche che accennai più sopra riscontrarsi sulla superficie dei due testicoli (e questo in seguito ad un più pronto riassorbimento della materia effusa nel resto dell'albuginea, che forse non aveva avuto ancora il tempo d'organizzarsi come quelle), e l' epididimo sinistro s' andò mano mano disegnando e isolando fino a raggiungere come tutto il resto, uno stato normale.

In questo caso che possiamo prendere per tipo, e in cui non mancava nessuno dei caratteri assegnati all' orchite sifilitica, la diagnosi non poteva esser dubbia tanto in linea assoluta che in linea differenziale; e infatti la distinguevano dalla blennorragica acuta (1) il lento decorso, la mancanza di sintomi acuti, le irregolarità della superficie del tumore, la sede della malattia più marcata al didimo che all'epididimo, la forma di quest'ultimo che mentre nella blennorragica fa da cappuccio a quello, nella sifilitica invece o è completamente isolato e ben distinto, oppure si distende sulla superficie del testicolo tanto da costituire una sola massa (2), la mancanza

(1) L'orchite blennorragica cronica non è ammessa dalla maggioranza degli Autori.

(2) L'epididimo è isolato dal didimo quando egli pure è ammalato; è invece confuso in una sola massa, col detto didimo se sano. — Vedi più avanti la spiegazione che dà di tal fatto il Ricord.

di scolo uretrale, di cistite del collo, o d'una causa traumatica qualunque (per esempio la siringazione), l'integrità del cordone spermatico, e infine gli antecedenti e concomitanti sintomi specifici. Dalla forma tubercolare, già per sè molto rara, ne la distinguevano la sede prima della malattia al didimo anzichè all' epididimo, la durezza uniforme di tutta la gran massa del tumore (mentre il tubercolo non invade ad un tratto tutto l'organo, ma sibbene una piccola parte, almeno sul principio), la mancanza d'ascessi o seni fistolosi, che per lo meno si sviluppano nella forma tubercolare a malattia più avanzata che non quella dell' individuo in questione, e infine la mancanza di depositi tubercolari in altre parti del corpo. Dal cancro per ultimo veniva distinta per la mancanza di gibbosità che gli son proprie, per l'integrità del cordone spermatico, per l'estensione della malattia ad ambedue i didimi, per l'assenza d'adeniti indurate, dei dolori lancinanti, di fungosità suppuranti e fetidissime ecc. A proposito però del cancro ben a ragione fa osservare l' Aine-Martin, che, specialmente sul principio della malattia, la diagnosi differenziale è difficilissima e talvolta impossibile, e che per cavarsi d'imbarazzo in tale critica circostanza spesso non si ha che il risultato d'una cura specifica; se si tratta di sifilide il vantaggio sarà immediato; se di cancro, nullo affatto.

Per mettere poi in accordo i sintomi accennati colle corrispondenti alterazioni anatomiche dirò che s'ammise un notevole inspessimento dell'albuginea sinistra e la presenza simultanea nel corrispondente testicolo di quelle striscie biancogrigiastre, dall' aspetto semitendinoso e scroscianti al taglio, che sembrano aver origine per la maggior parte dalle trabeccole che l'albuginea manda nell'interno del didimo, e che appunto per la loro provenienza si vedono intersecare in vari sensi la sostanza del viscere. E fors' anco non s'era lontani dall'ammettere la così detta infiltrazione gommosa, e cioè la presenza uniforme in tutti i punti dell' organo di quella sostanza giallastra omogenea che si potrebbe in certo qual modo paragonare al giallo d' uovo cotto, e che, molle da principio, si va a poco a poco solidificando.

Visto poi il poco tempo, da cui datava la malattia, era le-

cito credere che queste nuove formazioni di tessuto congiuntivo non avessero ancor prodotta l'atrofia e la successiva metamorfosi adiposa dei canali seminiferi, tanto più che non si riscontravano sulla superficie del tumore quelle depressioni irregolari, frequenti per solito a malattia avanzata e che corrispondono appunto a atrofie parziali del tessuto viscerale per la compressione che v'esercita la nuova formazione.

Nel testicolo destro, all'alterazione anzidetta, che vien caratterizzata anche col nome di interstiziale e che, per il minor tempo da cui datava, v'aveva raggiunto un minor grado di sviluppo, andava probabilmente unita anche la forma circoscritta, la gommosa di Virchow, e cioè quei piccoli tumoretti irregolari di forma e di superficie, bianco giallastri nell'interno, di consistenza solida, provvisti d'un involucro resistente e fibroso, affatto simili alle gomme che si sviluppano in altre parti del corpo, e che costituiti, come tutte le produzioni sifilitiche, da elementi di tessuto connettivo, possono esse pure portare col tempo l'atrofia di parte o di tutto il testicolo a seconda della loro età, numero e sviluppo.

In quasi tutti gli ammalati, che avemmo occasione di vedere, la malattia era estesa ad ambedue i testicoli benchè in grado diverso di sviluppo, e a mezzo d'una pronta ed energica cura fu sempre possibile evitare l'atrofia, ed anche la degenerazione calcarea ed ossea come taluni ammettono. La risoluzione fu l'esito costante e se la malattia, per l'epoca in cui si sviluppava, poteva classificarsi fra le manifestazioni precoci, 20 o 25 giorni di trattamento erano più che sufficienti per farla scomparire affatto; la cura locale con unguenti solventi venne attivata rare volte e solo come ausiliare perchè incomoda, di poco vantaggio, e più che sufficiente invece la generale.

A differenza di quanto pensa Ricord, secondo il quale « essendo il testicolo obbligato per il suo aumento di volume « a prendere in prestito il tessuto che circonda l'epididimo, « questa parte si distende come un foglietto sul corpo del testicolo, *mantenendosi del resto perfettamente sana*, e che « se sopravviene una degenerazione dell'epididimo o del cordone si può essere certi che v'è qualche complicazione » noi

trovammo il più delle volte ammalato anche l'epididimo nell'ugual modo che il didimo, e se la sua teoria può essere ammessa quando quello sembra scomparso, come il sinistro nel caso sopraccennato, non lo può essere al certo quando il suo modo d'ammalarsi, di decorrere e di ripristinarsi sotto l' influenza d' un trattamento specifico si mostra affatto simile a quanto accade nel testicolo e ne danno quindi tutto il diritto di supporre aver egli subita la stessa alterazione.

Lo trovammo anche ammalato due volte senza che i testicoli presentassero il benchè minimo segno di malattia, e in ambedue i casi il processo aveva invaso, come accade d'ordinario, entrambi gli epididimi a un anno circa dalla data dell'infezione. È ben vero che l'epoca ordinaria dell' epididimite è fissata dalla generalità degli autori ai primi quattro o cinque mesi, ma appunto perchè la malattia è affatto indolente, ha un decorso lentissimo, e non fa mai aumentare di molto il volume dell'organo, il Rollet osserva giustamente che « i « casi poco numerosi nei quali l'intervallo è sembrato essere « più di sei mesi, due o quattro anni, si riferiscono a indi- « vidui che hanno probabilmente portata la malattia senza « accorgersene. »

Le manifestazioni concomitanti appartenevano tutte al periodo precoce, e dopo una breve cura mercuriale interna, l'organo, che si presentava duro, aumentato di volume specialmente alla testa, a superficie alquanto irregolare, e, diversamente che nella blennorragica, isolato dal testicolo, riprendeva ben tosto il suo aspetto normale.

Non a torto osservano alcuni che l'epididimite sifilitica è forse più frequente di quel che non appare dalle tavole nosologiche, e se si pensa che non vi ha nè dolore, nè un grande aumento di volume, e che l' esito costante è la risoluzione (finora la scienza non registra casi d'epididimite sifilitica suppurata), credo non si debba avere difficoltà ad ammettere possa la forma in quistione passare spesso inosservata.

Ben diversamente che nella bennorragica, ove l' induramento parziale o totale dell' epididimo ha in generale poca tendenza a risolversi spontaneamente, ed una gran resistenza anche ad una cura solvente locale o generale, l'epididimite si-

filitica noi vedemmo scomparire in breve tempo e completissimamente col solo aiuto di poca cura generale, e non originare quindi mai quelle obliterazioni spermatiche permanenti che pur vengono dagli autori accennate come non infrequenti nella forma blennorragica.

Un unico caso di fungo ne fu dato vedere in un individuo che veniva a noi con un' orchite sifilitica doppia, che a suo dire si sarebbe sviluppata in seguito a un colpo ricevuto alla parte tre anni prima. All'atto del primo esame si riscontrava il testicolo sinistro voluminoso quanto una piccola mela, di durezza cartilaginea, a superficie liscia, a forma rotonda, e indolente affatto; la cute dello scroto corrispondente era aderente in totalità, e nella sua parte anteriore presentava una piccola fessura verticale, lunga un centimetro, attraverso alla quale la sostanza del testicolo faceva ernia non appena si comprimeva alquanto il resto del tumore. Questa fessura, a detta dell' ammalato, s'era stabilita tre giorni prima in seguito ad un notevole sforzo muscolare, durante il quale egli aveva provato un vivo dolore alla località, susseguito quasi immediatamente dalla sortita di pochissimo liquido, di cui il paziente non sa dare i caratteri fisici. Il testicolo destro più voluminoso del sinistro, presentava tutti i caratteri propri dell' orchite sifilitica, ma la cute non era aderente in nessun punto; di entrambi gli epididimi non si rilevava traccia alcuna, ed i cordoni spermatici si mostravano alquanto ingrossati fino all'anello, ma indolenti affatto. È individuo robusto, di buona costituzione, immune da influenze ereditarie; ammogliato da tre anni non ebbe mai figli, e benchè senta ancora l'estro venereo pure le eiaculazioni sono scarse e stentate.

Ad onta che l' anamnesi fosse perfettamente muta, i sintomi passati e presenti d'un fungo sifilitico erano sì marcati che si mise subito mano all' iodio, e dopo tre mesi di cura l' ammalato veniva dimesso nello stato seguente: i testicoli hanno ripreso il loro volume, consistenza e sensibilità normale; la fessura, di cui sopra, dopo aver dato libero passaggio ad una discreta quantità di marcia, ed essersi complicata ad un esteso distacco cutaneo all'imbasso (per cui s'era dovuto praticare una controapertura) s'è riparata verso il 45° giorno

di cura, lasciando al suo posto una discreta depressione ed una cicatrice aderente mentre il resto dello scroto s'è reso indipendente; gli epididimi, che s'eran fatti distinti dai testicoli mano mano che questi diminuivano di volume, hanno ripreso il loro stato normale; e infine si ha ogni ragione di credere che anche le facoltà sessuali si sieno ristabilite completamente, essendo di poco conto la perdita di sostanza, che la suppurazione ha fatto subire al testicolo. Su quest'ultimo punto però le nostre supposizioni mancano del controllo dei fatti, non essendosi potuto esaminare l'ammalato in un'epoca un pò lontana dalla guarigione.

A dir vero questo caso non sarebbe il miglior esempio del fungo del testicolo, come comunemente lo si intende e come si deve desumere dal suo stesso nome, non avendosi avuto, sporgente sul livello della cute scrotale, quel tumore affatto simile per la sua forma ad un capello di fungo, più o meno irregolare di superficie ed a secrezione decisamente marciosa, che è costituito dalla materia gommosa o dalla sostanza testicolare facenti ernia assieme attraverso un'apertura accidentale dell'involucro (albuginea, vaginale, e cute). Fu solo però quistione di tempo, e se l'ammalato, invece di ricorrere a noi tre giorni dopo che s'era stabilita l'apertura anormale, avesse aspettato un maggior numero di giorni, è certo che non esistendo più l'ostacolo dell'albuginea il contenuto sarebbe a poco a poco sortito in parte attraverso la detta apertura; che se poi s'avesse aspettato un tempo ancor maggiore, si sarebbe avuto, come accade spesso, anche un completo svuotamento del testicolo; in allora la perdita del detto organo sarebbe stata irreparabile e al suo posto s'avrebbe avuto un nocciuolo duro, risultante dall'albuginea ispessita, degli essudati gommosi organizzatisi, e frammezzo a questi riconoscibili ancora alcuni canaliculi seminiferi in preda alla degenerazione adiposa.

Nel caso in quistione la malattia riconosceva per causa la suppurazione del testicolo e un successivo svuotamento dell'ascesso all'esterno, o piuttosto un'ulcerazione dell' albuginea (e conseguentemente della vaginale e cute) causata dalla presenza del deposito gommoso? La risposta è difficile a darsi

nel caso concreto, ma in genere si deve ritenere più frequente e più probabile il secondo dei due suaccennati processi, perchè manca per solito l'ordinaria sintomatologia prodromica di un ascesso e perchè affatto analogo al processo ulcerativo che vediamo svilupparsi nelle gomme del tessuto sottocutaneo e sottomucoso.

Tumori gommosi del tessuto sottocutaneo e sottomucoso.

Due fatti che non credo senza importanza m' hanno non poco impressionato tutte le volte che s'aveva a curare un ammalato di forme tardive, e specialmente di tumori gommosi, voglio dire la grande frequenza di questi ultimi nel sesso femminino in confronto del mascolino (1), e la quasi costante assenza di manifestazioni generali anteriori. Del primo fatto ho già parlato nel principio del capitolo, che ricorda la sifilide tubercolare, e relativamente al secondo dirò che 9 volte su 10 gli ammalati non solo non ricordavano, ma negavano decisamente d'aver avuto in antecedenza qualsiasi manifestazione, non esclusa la forma primitiva. Che quest'ultima possa passare inosservata, non è a farsene le meraviglie, vista la sua assoluta indolenza, la poca secrezione, la tendenza alla guarigione spontanea, la mancanza, quasi direi, d' ulcerazione ecc., ecc., ma non è altrettanto facile l'ammettere che possano passare inosservate le manifestazioni cutanee o mucose, sia per la grande estensione di terreno da esse occupato, sia per il loro lungo decorso, sia infine per i disturbi che arrecano in causa della sede preferita (papule della bocca, ano, pudendo ecc.).

È ben vero che in tali casi bisogna tener calcolo della abituale trascuratezza di tanti e tanti individui per tutto ciò che riguarda la loro salute, dei vari motivi che possono indurli a negare tutto, specialmente nel sesso femminino, d'una relativa mitezza e breve durata di dette forme, e infine anche del lungo spazio di tempo che spesso separa le manifestazioni precoci dalle tardive, sicchè quelle possono essere dimenticate; ma quando questo fatto si verifica con tale fre-

(1) Il 14 per 100 nelle donne, il 5 per 100 negli uomini.

quenza da potersi dire quasi costante e in individui dotati di una certa intelligenza, e per nulla affatto interessati a nascondere il vero, è lecito domandarsi, dico, se tuttociò è effetto d'una mera accidentalità o se piuttosto le eruzioni della cute e delle mucose non sieno in genere un preservativo contro manifestazioni ulteriori (Lancereaux). Ricordo anzi a tal proposito un signore che ho attualmente in cura per un' orchite gommosa, e che intelligente e preoccupato della sua salute quant'altri mai, nega recisamente d'aver avuto in questi tre anni, decorsi dalla forma primitiva, la benchè minima *malattia* di qualunque siasi sorta. E si noti che avvertito fin d'allora della probabilità d'avere manifestazioni generali, ei non passò mai giorno senza esaminare attentamente ogni parte del suo corpo.

Sfortunatamente coi criteri che la scienza ci fornisce in oggi non è possibile una risposta netta e precisa, che tanto modificherebbe il pronostico, e per quanto i fatti che concernono la quistione attuale sieno numerosi, e ben accertati, pure non potranno mai dare che una certezza relativa, essendo impossibile il controllo *de visu* da parte del medico, e dovendosi quindi in una quistione tanto importante calcolare solamente sulle dichiarazioni d'un individuo, più o meno meritevole di fede, ma pur sempre esposto ad ingannarsi.

« Analoghi per struttura istologica all' indurimento del-
« l'ulcero primitivo, alle adeniti specifiche, ed ai tubercoli
« della pelle, nonchè ai prodotti di nuova formazione dei mu-
« scoli, del periostio, delle ossa ecc., considerati da molti
« come veri essudati plastici successivi alla flogosi, ma e per
« la loro durezza caratteristica e per la linea di demarcazione
« precisa che le separa dai tessuti sani, distinti dagli essu-
« dati plastici della flogosi ordinaria » (Profeta), i tumori gommosi riscontrammo quasi sempre già aperti ed ulcerati; e cioè quando, dopo essersi rammolliti e resi elastici o fluttuanti per la degenerazione adiposa della materia solida, bianco giallastra in essi contenuta e trattenuta dal solito involucro fibroso, detti tumori s'erano fatti aderenti alla superficie delle mucose o della cute, e avevano in progresso di tempo assottigliate dette membrane fino a perforarle, vuotando poscia al-

l'esterno il loro contenuto gelatinoso. Questo modo di terminare dei tumori gommosi, sempre uguale a sè stesso, avessero sede nel cellulare sottocutaneo o sottomucoso, non fu mai quindi causato (come ben si vede) da suppurazione come da molti si vorrebbe, se se ne eccettuano pochissimi casi nei quali, forse per il gran tempo da cui datava il rammollimento o per cause esterne irritanti, il contenuto della gomma sembrava essersi mutato in vero pus.

Di raro, e specialmente se situate sotto alla cute, ove per solito erano più numerose che altrove, occorreva il caso di vedere i singoli tumori allo stesso punto di evoluzione, e ben più frequentemente invece se ne osservavano a tutti gli stadii possibili. E quindi, se alla circonferenza del tratto di terreno ove aveva sede la malattia in discorso, s' avvertivano piccoli tumoretti, irregolarmente sferici, lisci, vari di volume da un pisello ad una nocciuola, mobili sotto la cute, e ad essa talvolta aderenti per un breve peduncolo, e d'una durezza maggiore o minore a seconda della loro età, nella parte centrale invece i detti tumori si presentavano in parte semi, o decisamente fluttuanti, non più mobili, ma aderenti allo strato profondo cutaneo, e questo di color violaceo, più o meno assottigliato. Una parte invece (ed erano i più vecchi) si mostravano già aperti all' esterno con uno o più fori per ogni singolo tumore, più piccoli che non il tumore stesso, coi bordi tumefatti, tagliati a picco e alquanto irregolari e scollati, col fondo coperto da una specie di marciume, costituito dalla nuova formazione patologica in via di degenerazione, e abbastanza simile a quello che si riscontra nei furuncoli suppurati ed aperti, colla loro base notevolmente dura e infine con una abbondante suppurazione per solito molto puzzolente, più verdastra che giallastra. Frammezzate a queste poi si notavano altre ulcerazioni di data ancor più antica e già avviate alla cicatrizzazione, che oltre all'essere per solito ampie quanto il tumore (in causa del lento ma continuo avanzarsi del processo ulcerativo a danno dei margini), e bene spesso coperte da croste decisamente verdastre affatto simili a gusci d'ostrica, presentavano bei bottoni vegetanti dal fondo in seguito alla eliminazione dell'anzidetto marciume, margini meno rialzati,

aderenti al fondo, e più regolari, ed una secrezione di marcia di buona qualità. Infine non era poi raro il vedere qua e là qualche cicatrice più o meno infossata, a limiti abbastanza regolari, bianca nel centro e brunastra al contorno, rappresentante l'ultima fase della forma in quistione.

Talvolta, e se le gomme erano molto vicine fra di loro, i tratti di cute che esistevano tra i vari fori corrispondenti ad ognuna di esse, s'andavano mano mano ulcerando fino a scomparire affatto, ed in allora s'aveva una vasta piaga, ancora coi caratteri più sopra accennati, ma che invece d'avere i contorni abbastanza regolarmente sferici, risultava dall'unione di tanti segmenti di cerchio quante erano le primitive ulcerazioni. Non viddi mai, anche nel caso di molte gomme raggruppate, quell'aspetto speciale della piaga, che secondo il Bazin sarebbe molto frequente, e risulterebbe dalle aperture delle varie gomme situate a diversa profondità, e che verrebbero ad aprirsi in un focolaio comune; in tali casi « le fond de l'ulcère n'est pas « formé par un plancher unique, il semble étagé. »

Rarissimamente vedemmo gravi guasti tener dietro alle gomme ulcerate del tessuto sottocutaneo, fors'anco perchè non essendosi mai fatte serpiginose, la perdita di tessuto era limitata al solo tratto di cute corrispondente al tumore; e la maggior deformità che ne fu dato osservare in proposito si fu un'estesa e permanente alopecia in seguito a numerose gomme (20 circa) sviluppatesi al di sotto del cuoio capelluto, e che state abbandonate a sè per lungo tempo avevano distrutto uno sterminato numero di bulbi capillizi. Fortunatamente siccome dette ulcerazioni s'erano estese solamente in superficie e non in profondità, il periostio sottoposto era intatto, e in seguito a breve cura iodica l'ammalata, vecchia di 65 anni, era perfettamente guarita, poco curante delle numerose chiazze bianche alopeciche, che nascondeva facilmente sotto la cuffia. Di poco conto fu pure qualche rara emorragia in seguito ad erosione di qualche piccolo vaso per l'estendersi del processo ulcerativo, e che vedemmo preferibilmente nelle gomme delle estremità inferiori.

Rilevanti invece furono i guasti che vedemmo accompagnare e susseguire le gomme del tessuto cellulare sottomu-

coso, sia sotto il rapporto della perdita di tessuto e delle deformità consecutive e persistenti, sia sotto il rapporto del turbamento di certe funzioni. E per parlare solo della bocca (sede più frequente delle gomme sottomucose) dirò che spesso le osservammo in progresso d'ulcerazione perforare completamente il velopendolo, distruggerlo tutto od in parte assieme ai pilastri faringei, e se la malattia era estesa contemporaneamente anche alla parete posteriore della faringe, originare a cicatrizzazione compiuta quella speciale alterazione che già descrissi sotto il nome di *atresia dell'istmo delle fauci* parlando della sifilide ulcerosa, e che bene spesso s'accompagna a un notevole grado di sordità, se, come avviene per solito, le estremità delle tube eustachiane sono interessate esse pure nella malattia. Torna inutile il dire che in simili casi i disturbi funzionali erano in proporzione delle lesioni residue, e se un piccolo foro del palato molle poteva permettere che solo qualche goccia avesse a passare nella cavità nasale durante l'atto della deglutizione, la distruzione parziale o totale dell'ugola, velopendolo e pilastri, vi lasciava libero ingresso anche ad un grosso bolo alimentare, sì da costringere gli ammalati ad otturarsi colle mani le narici anteriori ogni qualvolta volevano inghiottire la benchè minima cosa.

Pur alterata era in simili casi la fonazione, e, maggior era la porzione di tessuto distrutta, più la voce si faceva nasale, aspra e perdeva della sua nettezza ordinaria, non solo per la cambiata superficie e forma del canale che l'aria doveva percorrere dalle corde vocali per arrivare all'esterno, ma anche perchè l'aggiunta della cavità nasale al detto canale obbligava le onde sonore a vibrare in uno spazio molto irregolare di superficie e più ampio e quindi con minor intensità e regolarità che d'ordinario.

La sede preferita dei tumori gommosi, anzichè il sottocutaneo o intramuscolare, si fu il tessuto cellulare sottomucoso e più specialmente il faringeo, come si può vedere dalle seguenti tabelle:

		Maschi	Femmine
Tessuto cellulare sottomucoso	Bocca	25	32
Tessuto cellulare sottocutaneo	Testa	2	2
	Collo	1	1
	Tronco	2	0
	Genitali	4	3
	Estremità superiori . . .	2	1
	» inferiori	2	3
Tessuto cellulare inframuscolare	Muscoli della coscia . . .	1	0
		39	42
		Totale	81

I tumori gommosi aventi sede nel tessuto cellulare sottomucoso della bocca erano così suddivisi:

		Maschi	Femmine
Tessuto cellulare sottomucoso	Lingua	2	1
	Palato duro	3	2
	Faringe	17	21
	Velopendolo	2	5
	Ugola	0	2
	Faringe e laringe	1	1
		25	32
		Totale	57

Mentre le sottocutanee erano per solito numerose (fino a 20 circa), le sottomucose invece si presentarono quasi sempre uniche e per lo meno nel ristretto numero, di 2, o 3, ed il loro decorso, tanto per le une che per le altre, si mostrò sempre lentissimo al pari di tutte le manifestazioni generali della sifilide, specialmente se tardive.

Appunto poi per la lentezza del decorso e per la loro assoluta indolenza (tranne il rarissimo caso della compressione di qualche nervo), tale forma vedemmo passare spesso inosservata per mesi e mesi e quasi costantemente gli ammalati

di gomme della faringe, velopendolo, ecc., si presentavano a noi lamentandosi semplicemente d' un lieve dolore sentito solamente nell'atto della deglutizione, o d'un'alterazione della voce, o della sortita dei liquidi e solidi dal naso, mentre invece all' ispezione si riscontravano più o meno estese ulcerazioni che già avevano distrutto una gran parte di tessuti; e se si potè constatare qualche rara volta la forma in quistione non ancora ulcerata e contraddistinta dai caratteri anzidetti, lo fu solo quando altre gomme di data più antica e quindi aperte avevano già dato l' allarme.

Le gomme della retrofaringe e palato duro non s'approfondirono mai fino alle ossa sottoposte, ed i guasti talvolta notevoli da esse prodotte furono sempre maggiori in superficie che in profondità. Solo una volta vedemmo coesistere una carie perforante del palato duro con una gomma ulcerata del velopendolo; ma comecchè la carie, una volta stabilita, non si può per alcun carattere speciale riconoscere se primitiva (da periostite, osteite, ecc.), o secondaria a malattia della mucosa sovrapposta (gomme ulcerate, ulcerazioni successive, ecc.) così si fece semplicemente la diagnosi di carie palatina, visto anche che per la cura poco importava il precisare esattamente la causa prima della malattia ossea; in tal caso però la coesistenza dell' alterazione del velopendolo faceva pendere la bilancia in favore d' una gomma del tessuto sottomucoso, che ulceratasi, aveva in progresso di tempo distrutto il periostio e causata quindi la carie dell' osso.

Le gomme della rotrofaringe, dissi più addietro, erano per la maggior parte uniche, almeno a giudicare dalla forma dell' ulcerazione che molto s' avvicinava alla sferica, mentre in pochi casi essa ulcerazione per essere alquanto irregolare e per constare di vari segmenti di cerchio, sembrava il prodotto di più gomme riunite. Altrettanto potrebbe dirsi del velopendolo, ove per solito si vedeva un foro perfettamente sferico occupare un punto o l'altro dell'organo, preferibilmente sulla linea mediana, di diversa ampiezza in proporzione del tumore preesistente, e che in progresso di cicatrizzazione, e dietro somministrazione dello specifico, si vedeva restringersi notabilmente fino a ridurre della metà circa il suo diametro primitivo.

Per le ragioni anzidette non si constatò mai se il principio dell'affezione gommosa del velopendolo era stato un tumore circoscritto, o invece secondo vorrebbe Fournier, « sempre sotto forma d'un' infiltrazione diffusa che renderebbe « l'organo in quistione rigido, fisso, inerte e duro al tatto, « e non più costituito da una semplice membrana sottile, la« mellare, ma bensì da un tramezzo grosso, quasi carnoso. » Mi sembra però che questo modo di cominciare dell'affezione gommosa del velopendolo non debba essere troppo frequente, almeno a giudicare dagli ammalati della nostra ambulanza, giacchè in primo luogo l'ulcerazione che si stabilisce in seguito è troppo regolare, troppo ben limitata per non aver origine da un' alterazione altrettanto regolare e ben limitata quale sarebbe il tumore gommoso; in secondo luogo perchè se tale realmente fosse il principio della malattia, i disturbi nella deglutizione e nella fonazione avvierebbero al medico più ammalati ancora nel primo stadio della malattia che non quelli che è dato osservare, mentre invece essi v'arrivano quasi sempre nel secondo stadio e cioè, quando ulceratesi le gomme, incominciano i primi disturbi funzionali; in terzo luogo poi perchè noi vedemmo il velopendolo sempre molle, sottile, pieghevole, vale a dire coi suoi ordinari caratteri anatomici; e si noti che nessuno di tali ammalati era in corso di cura al momento del nostro primo esame.

Tre volte i tumori gommosi ebbero sede nella lingua, e a differenza che per le altre parti della bocca, essi furono sempre multipli e non s'ulcerarono mai, forse perchè i disturbi funzionali da essi arrecati ed avvertiti fin dal principio della malattia obbligarono gli ammalati a ricorrere presto al medico; occupavano indifferentemente ora la parte anteriore ora la posteriore dell'organo e sembravano aver origine pure indifferentemente o dal tessuto sottomucoso o inframuscolare. I disturbi della motilità e della sensibilità gustativa procedevano di pari passo col numero e col volume dei singoli tumori; e a tal proposito ricordo un tale, che, sensale di vino per professione, venne a noi lamentandosi della perdita quasi totale del senso del gusto (e non era poco danno pel pover' uomo), e d'un inceppamento notevole della masticazione e

della loquela. L'ispezione mostrò un tumore gommoso alla metà destra della lingua in corrispondenza del suo terzo medio., della grossezza d'un uovo da piccione, oscuramente fluttuante, immobile, che datava da 4 mesi e che al dire dell'ammalato si faceva continuamente più grosso e più sporgente sul livello circostante; la mucosa linguale era perfettamente normale, i movimenti alquanto difficili e forse di poco diminuita la sensibilità tattile. Qualch'altro tumoretto aveva sede in altri punti della lingua, ma per il loro piccolo volume non era possibile riscontrarne la presenza se non prendendo l'organo in quistione tra il pollice e l'indice. Attivata subito la cura mista jodico-mercuriale, le gomme scomparvero completamente in un tempo abbastanza lungo, lasciando al loro posto depressioni molto profonde e una sensibilità gustativa poco inferiore alla normale. Ma quest'individuo, che, 5 mesi prima della forma ora descritta ne aveva avuta un'altra simile guarita essa pure coll'iodio, ritornò a noi 4 mesi dopo presentando quindi per la 3.ª volta nuovi nodi alla lingua ed un notevole ingrossamento della stessa, tale da creare serie difficoltà alla fonazione ed alla deglutizione. Siccome tale ingrossamento era molto dolente e sembrava dovuto in gran parte non più al prodotto gommoso, ma ad una vera glossite, si praticarono ben tosto profonde incisioni longitudinali, anche allo scopo di prevenire una minaccia di soffocazione; avutasi un'abbondante uscita di sangue, e diminuito di molto il volume della lingua, i singoli nodi si resero più accessibili al tatto e dopo un mese di cura iodica l'individuo avrebbe potuto dirsi completamente guarito se una notevole e persistente diminuzione del senso del gusto non l'avesse obbligato a cambiare di mestiere.

In onta s'avesse l'abitudine d'esaminare indistintamente a mezzo del laringoscopio quelli tra i nostri ammalati che presentavano un'alterazione qualunque della voce (e furon pochi), pure si riscontrarono rare volte alterazioni di qualche momento, e all'infuori dei due casi di cui m'accingo a parlare, tutto si limitava a un pò di arrossamento e di gonfiore di parte o di tutta la mucosa laringea (eritema laringeo).

Il primo dei due casi suaccennati riflette un individuo che

affetto da manifestazioni generali sifilitiche fin dal 1856, e da un' avanzata cachessia pure specifica, presentava oltre ad ulcerazioni successive e forme pustolari profonde, una quasi completa afonia e le seguenti alterazioni laringee (1): « ristrettezza dell'apertura superiore della laringe, le corde vo-« cali inferiori sono quasi immobili, gonfie al punto da riem-« pire l' intervallo dei ventricoli laterali, *piccole granula-« zioni sparse qua e là sulla mucosa laringea;* nessuna « ulcerazione. » Riscontrati esenti da qualsiasi alterazione gli organi polmonari, fatta la diagnosi di *laringite gommosa diffusa*, e praticate due iniezioni ipodermiche di calomelano, le forme generali migliorarono notabilmente, le forze digerenti ritornarono al loro stato normale, la voce pure migliorò alquanto, e ad un successivo esame laringoscopico praticato 20 giorni dopo si rinvenne quanto segue: persistenza delle alterazioni più sopra descritte, piccole e superficiali ulcerazioni sui legamenti glosso-epiglottidei, varie macchiette biancastre sull' epiglottide (2), che erano forse il punto di partenza di nuove ulcerazioni, e niun arrossamento delle corde vocali. Tale stato della laringe si mantenne ancora per qualche tempo lo stesso, ad onta d' una cura iodica e ricostituente, fino a che avendo dovuto l' ammalato lasciare la città, non s' ebbe più occasione di rivederlo.

L' altro caso, abbastanza raro nella storia della sifilide, si fu un tumoretto gommoso, grosso appena come una lente, situato in corrispondenza del 2.° o 3.° anello della trachea, e la di cui presenza non si sarebbe nemmeno sospettata, se un notevole abbassamento di voce da eritema delle corde vocali non ci avesse messo nelle mani lo specchietto laringeo. L'ammalata in quistione era pure affetta da gomme ulcerate alla faringe e pilastri, e come al solito negava d' aver avuto antecedenti manifestazioni sifilitiche.

Dopo due mesi di cura mista jodico-mercuriale tutto era perfettamente scomparso e la voce ritornata allo stato normale.

(1) Del metodo ipodermico nella cura della sifilide. Osservazione 36.ª — Dott. Ricordi.

(2) È la sede ordinaria delle lesioni sifilitiche laringee.

Delle gomme muscolari ecco tutto quanto ho avuto occasione di vedere: in un ammalato che seppe dare notizie molto incerte sugli antecedenti sifilitici, e che all' atto della prima visita venne trovato affetto da gomma decisamente fluttuante alla guancia destra, si riscontrò pure nello spessore del muscolo vasto anteriore sinistro in corrispondenza del suo terzo inferiore un tumore gommoso della grossezza d' una noce, oscuramente fluttuante, dolente solo sotto i movimenti dell' arto, e che come il suo confratello della guancia datava da 3 mesi circa. Praticata a scopo diagnostico la puntura di quest'ultimo, si vidde sortire quella materia gelatinosa, tenue, senza colore, che diede appunto per la sua somiglianza alla soluzione di gomma il nome di gommoso ai tumori in discorso, e che non è altro se non la nuova formazione patologica in via di degenerazione adiposa più o meno avanzata. In 40 giorni di cura iodico-mercuriale la fluttazione si rese a poco a poco nulla, mentre il volume dei due tumori andava contemporaneamente diminuendo, e al 40.° giorno di cura al posto da essi occupato non s' avvertiva che il solito residuo, cioè poco induramento cicatriziale e una lieve infossatura.

La diagnosi differenziale con altre forme sifilitiche pure ulcerate (tubercoli, pustole profonde, ecc.), non sempre riescì facile, specialmente per le gomme del tessuto sottocutaneo; ma in tali casi l'errore diagnostico, qualora pure fosse stato commesso, non sarebbe stato di nessuna conseguenza, avendosi sempre ad ogni modo davanti agli occhi una forma tardiva e quindi l' indicazione precisa circa la cura. Molto più importante invece si era la diagnosi differenziale con malattie non di natura celtica, ma alle gomme abbastanza simili sotto un punto o l' altro di vista; e per parlare delle più frequenti ad osservarsi, il cancro aperto o no, le piaghe da scrofola, bastò ricordare i caratteri già descritti nel principio di questo capitolo, la durezza della base fosse la gomma ulcerata o no, la mancanza di risentimento glandolare e d'altri sintomi scrofolosi, la nessuna tendenza d' esse piaghe a farsi vegetanti e sanguinanti, la forma abbastanza regolare di dette ulcerazioni gommose, ecc., ecc., che troppo lungo sarebbe l' enumerarli

tutti. Ad ogni modo, e per quanto sia muta l'anamnesi, e incerti i sintomi obbiettivi e subbiettivi, sarà pur sempre conforme alla logica ed alla prudenza, prima di passare ad un atto operativo anche di poca importanza o prima di spaventare l'ammalato con una diagnosi di malattia inguaribile, esperire su larga scala la cura mista o iodica; il danno, anche in caso sfavorevole, è nullo, e il vantaggio può essere immenso.

La cura generale fu la mista (siroppo iodico-mercuriale) se l'individuo non aveva ancor preso i mercuriali, o solo iodica nel caso opposto, spingendo però in allora la dose del medicamento fino 6 o 7 grammi al giorno. La cura locale nelle gomme del tessuto sottomucoso fu nulla affatto e in quelle del tessuto sottocutaneo era limitata ad applicazioni di cerotti, onde evitare alle piaghe il contatto cogli agenti esterni, o a qualche pennellazione colla tintura iodica se l'esulceralzione manteneva per troppo lungo tempo un cattivo aspetto.

Da poco tempo il dott. Ambrosoli, medico-primario nel Comparto Venerei di questo Ospitale, adopera nella maggior parte delle piaghe provenienti da sifilide, ed anche per gli ulceri venerei, l'iodoformio così come si trova nelle farmacie, o misto a glicerina, e credo con moltó vantaggio. Qualche autore scrisse *mirabilia* dei buoni effetti di tal medicamento nelle piaghe in genere e specialmente nelle sifilitiche; ma a limitarne l'uso resta sempre la quistione dell'odore, sì forte, sì penetrante, che molti ammalati lo rifiutano decisamente, come già dissi parlando degli ulceri venerei; negli ospitali l'affare è ben diverso, e le sale oltre all'essere ampie e ben ventilate, non sono popolate da nasi sì delicati e schizzinosi come quelli che si riscontrano nella pratica privata.

Rarissime volte si praticò la puntura della forma in discorso, e questo solo quando la marcata fluttuazione poteva lasciar supporre che il contenuto si fosse convertito in vero pus, non capace di essere riassorbito in onta alla cura generale, o quando per il loro volume e sede tornavano di grave disturbo, per esempio ai pilastri faringei. E qui sorge naturale

un consiglio, ed è che per quanto la gomma sia molle e fluttuante, per quanto assottigliata sia la cute o la mucosa che la ricopre, pure si deve andare ben a rilento nel fare la spaccatura del tumore; giacchè è dimostrato dall'esperienza che il contenuto, qualunque sia la trasformazione, la degenerazione subìta, è suscettibilissimo d'essere riassorbito sotto l'azione d'un'energica cura specifica, e che quindi l'ammalato può guarire completamente senza nemmeno il disturbo di poco dolore e d'una lieve cicatrice.

Più ancora da evitarsi è la enucleazione e l'esportazione del tumore; per quanto sia questo in posizione favorevole per la detta operazione, per quanto marcata sia la fluttuazione, e notevole il suo volume, l'atto operativo anzidetto è quasi sempre inutile, e più che sufficiente invece per una guarigione rapida e completa la cura generale.

Delle varie manifestazioni sifilitiche, il tumore gommoso è quello che meglio di qualunque altro sente l'influenza della cura specifica, poco importa poi se mercuriale o iodica, come lo provano le molte e rapide guarigioni ottenute colla cura ipodermica. E a proposito di queste sì rapide guarigioni, fa al certo meraglia il vedere le manifestazioni del periodo tardivo (da alcuni detto gommoso, perchè la gomma ne costituisce l'elemento anatomico) scomparire in un tempo sì breve, ben più breve di quello che occorre per le manifestazioni del periodo precoce, ad onta sieno di queste molto più importanti sotto il punto di vista del volume e della struttura; sarebbe forse un errore il dire che il virus sifilico va in progresso di tempo trsformandosi e che la diatesi sifilitica, arrivata a questo punto, è vicina a scomparire affatto?

Non pochi Autori parlano di tumori gommosi apparsi a 15, 20 e fino a 50 anni dalla data della forma iniziale o delle precoci in individui che, in questo lungo spazio di tempo, avrebbero goduto d'una perfetta salute. Anche a noi arrivò spesse volte di poter constatare un fatto consimile (il massimo a 30 anni); ma possiamo noi esser certi di quanto l'ammalato attesta?

I dolori osteocopi, come malattia a sè, e non prodromica o compagna (almeno in apparenza) d' alterazioni più o meno gravi dello scheletro, non sono poi sì frequenti come da taluni si vorrebbe, e noi su un totale di 1459 sifilitici li osservammo solo 4 volte, e mai di tale intensità da richiedere, oltre la cura specifica, anche una cura sedativa. Gli ammalati si lamentavano, è vero, di dolori sentiti più di notte che di giorno lungo la diafisi delle ossa cilindriche nella loro parte più superficiale (la tibia a preferenza), o in corrispondenza delle ossa piatte (scapola, cranio); ma il loro sonno era tranquillo a sufficienza, i dolori non erano mai, come dice Fracastoro, *lunghi* ed *insopportabili*, e molto simili a quelli che produrrebbe un suchiello portato fin nelle midolla delle ossa; poco ioduro bastava a fugarli completamente.

Stante la pochezza dei casi in discorso, non posso dir nulla sulla quistione se i dolori ostecopi sono solamente e veramente notturni, o se in vece sono in relazione con un aumento di temperatura, e quindi anche diurni negli individui che vanno a letto di giorno, per esempio, i prestinai; però uno dei 4 ammalati in discorso assicurava di soffrirli solamente di notte ad onta che per il suo mestiere di fonditore di metalli si trovassse spesso e per molte ore di seguito in un ambiente molto caldo o davanti ad un gran fuoco.

Eran essi effetto d' una lesione ossea inavvertita, perchè profonda o incipiente, oppure si trattava d' una semplice nevrosi? È difficile il dirlo, non avendosi mai avuto, ch' io mi sappia, l'opportunità di studiare il fatto alla tavola anatomica; tuttavia niente ci impedisce di credere che anche i nervi delle ossa possono ammalare da soli, così come vediamo accadere di tanti altri nervi, tanto più che si trovano citati numerosi casi di osteocopie durate per lunga pezza, e mai susseguite da alterazioni materiali della sostanza ossea.

Non sempre riesce possibile davanti ad un' intumescenza situata su un osso, il dire se la lesione è limitata al solo periostio, oppure estesa anche all' ossatura sottoposta; tuttavia il vedere molte alterazioni scomparire completamente in breve

tempo, senza lasciare nè depressione, nè rugosità od altro, ne danno il diritto di supporre che in molti casi il solo periostio è la sede della malattia, o che se pur l'osso vi partecipa, ciò avviene solo per la sua parte più esterna ed in via affatto secondaria.

La periostite ebbe quasi sempre al pari di tutte le manifestazioni sifilitiche, delle tardive in special modo, uno sviluppo sì lento e indolente che ben di rado potemmo assistere all'iniziarsi della malattia e gli ammalati si presentavano al dispensario quando già il tumore s'era formato e qualche lieve dolore aveva fatto capolino. La sede preferita erano le ossa del cranio, la parte anteriore di questo in special modo ed i suoi caratteri erano comuni a quelli della corrispondente forma semplice; cioè un'intumescenza di grandezza varia, a superficie per solito liscia, a forma di mezza sfera o di mezzo elisse colla parte piatta addossata all'osso sottoposto, a limiti talvolta ben definiti, tal'altra invece confusi e sfuggenti gradatamente, qualche volta molto dolente, ma più spesso indolente affatto, d'una consistenza varia secondo lo stadio e la specie della lesione, cioè molle (elastica o fluttuante) se si trattava d'una periostite gommosa, dura, resistente in grado diverso e per solito a contorni mal definiti se si trattava della periostite così detta infiammatoria o plastica (Follin). Quest' ultima fu di molto più frequente dell' altra, e trattato in tempo col mercurio o meglio ancora coll'iodio, il neoplasma sì dell'una che dell' altra specie scompariva per solito ben presto, non lasciando dietro di sè traccia alcuna, all'infuori d'una leggier ineguaglianza o rugosità della parte in causa del poco e persistente ispessimento del periostio.

Se però per trascuranza dell'ammalato, o per insufficienza di cura, o per costituzione cattiva dell'individuo, il neoplasma anzichè venire riassorbito, si rammolliva di molto fino a cambiarsi in vero pus, in allora, al pari di quanto ho già detto circa le gomme del tessuto cellulare, la cute s'andava a poco a poco assottigliando, ed arrossando fino ad ulcerarsi, con successivo svuotamento all'esterno della nuova formazione. In simili casi l'osso sfuggiva ben di rado alla carie, e più vasto era il tumore e più grande la porzione di periostio di-

strutto o guasto dall' ulcerazione, più la detta carie si mostrava estesa tanto in superficie che in profondità. Torna inutile il dire che la cicatrice consecutiva era inevitabilmente aderente e più o meno depressa in proporzione della perdita di sostanza ossea.

Anche per le periostiti gommose o plastiche ottimo fu il precetto di non pungere mai il tumore, per quanto molle e fluttuante esso si fosse, e attenersi soltanto alla cura generale; solo quando contemporaneamente ad un gran rammollimento del neoplasma, o sempre crescente raccolta di liquido, la cute si mostrava molto assottigliata e un pò arrossata, la puntura diveniva necessaria al doppio scopo, e di evacuare un prodotto che non poteva più essere riassorbito, e di impedire che una notevole porzione di cute troppo assottigliata avesse a cadere distrutta, col postumo inevitabile d' una cicatrice deforme.

I dolori concomitanti la periostite, furono per solito, come dissi, poca cosa; e se talvolta essi furono molto sentiti, e specialmente di notte, fu quasi sempre possibile in allora di poter constatare che anche l' ossatura sottoposta era involta nella malattia, fondandosi sui seguenti caratteri: il notevole ingrossamento, il lungo decorso della malattia, la sede profonda dei dolori, infine l' estesa e profonda carie che si riscontrava in seguito all' incisione e che non sembrava prodotta dal solo essudato sotto-periosteo.

Farà forse meraviglia il sapere diagnosticate su 35 lesioni ossee (che tale è il loro numero totale) due sole osteiti; ma, già il dissi, non torna sì facile il fare quest' ultima diagnosi quando v' è unita anche una lesione del periostio, così come si può ben di raro, quando s' è davanti ad una carie umida con perdita di sostanza, dire se la lesione abbia avuto origine da una periostite anzichè da un' osteite; ed è appunto per ciò che mentre quest' ultima diagnosi figura solo 2 volte sui registri della nostra ambulanza, quella di *carie* vi figura ben otto volte. È poi permesso d' asserire, senza tema d' errare, che per le lesioni ossee, ben diversamente che per le periostee, la risoluzione non è al certo l' esito ordinario, trattandosi per quelle di essudati (sia plastici, sia gommosi) depo-

sitati non già semplicemente sulla superficie dell'organo, come nella periostite, ma sibbene nel suo spessore e più precisamente nei così detti canaliculi corticali o midollari, quindi di più difficile riassorbimento non solo, ma causa ben anche di un' alterazione sempre grave della sostanza ossea. La carie al contrario sarebbe l' esito più frequente, ed i due caratteri che forse possono servire a differenziarla da quella susseguente a periostite sono la limitazione netta della lesione e la sua poca estensione in superficie; caratteri questi che sono ancor più chiari e palesi quando il neoplasma invece d'appartenere alla forma diffusa, appartiene alla forma circoscritta. Siccome però per poco la malattia persista, la nutrizione al contorno dell' osso s' altera presto, la carie s'estende, e il periostio se non lo era primitivamente, s' ammala egli pure in seguito alla lesione sottostante, così queste diagnosi differenziali sulla sede primitiva dell' alterazione, e sul genere del neoplasma (plastico o gommoso, diffuso o circoscritto), tornano moltissime volte impossibili al letto dell'ammalato. Egli è solo alla tavola anatomica che si possono riscontrare la maggior iniezione dei vasi o la loro atrofia, la forma a cerchi o mezzi cerchi di certe carie e necrosi, la maggior o minor estensione di queste sia in superficie che in profondità, la presenza dell'essudato ora simile alla sostanza del callo osseo o del lardo rancido, ora convertito in masse dure, quasi ossee, per deposizioni calcaree, ora analogo affatto, anche perchè a forma circoscritta, a quello delle gomme sottocutanee o sottomucose in stato di maggior o minor rammollimento, ma pur sempre costituito, qualunque sia il suo aspetto, da elementi di tessuto connettivo in preda alla degenerazione adiposa più o meno avanzata. E così dicasi della sede della malattia o alla superficie dell'osso (tra questo e il periostio inspessito) o nello spessore del medesimo tanto negli strati corticali o midollari, o infine, com' è il caso più frequente, un pò per tutto.

Le esostosi sifilitiche, sieno esse parziali, cioè in forma di tumore nettamente circoscritto, o generali (iperostosi) cioè a ispessimento e ingrossamento diffuso su un gran tratto, sieno esse epifisarie, epigenetiche (periostosi) cioè addossate semplicemente alla superficie esterna dell' osso, o parenchimatose

cioè diffuse e interessanti tutto lo spessore nel medesimo, sieno desse infine a seconda della maggior o minor densità della nuova ossificazione laminate o cellulose, oppure eburnee, le esostosi, dico, si confondono e si raggruppano spesso fra di loro al pari delle osteiti e delle periostiti, di cui costituiscono anzi uno degli esiti più frequenti, e difficilissimo torna quasi sempre il precisarne l'origine, la sede e la natura.

Queste nuove formazioni ossee vedemmo persistere moltissimo tempo indolenti affatto, stazionarie e spesso inavvertite anche all'ammalato stesso; non sempre forti dolori le avevano precedute, e, varie molto per forma e volume, ebbero al pari di tutte le sifilidi ossee sede preferita alla testa ed alle estremità inferiori. Gravi disturbi da compressione (nevralgie, atrofia, ecc.), non ne vedemmo mai, ed una sol volta un estesa osteo-periostite dell'apofisi orbitale del frontale fu causa di notevole esoftalmo e conseguente lesione della sensibilità visiva.

Più gravi invece, non tanto per sè stesse quanto perchè incorreggibili dalle sole forze della natura, erano i disturbi funzionali causati dalla perforazione della vôlta palatina, e ricordo a questo proposito una povera donna, che aveva perduto per carie sifilitica una porzione si vasta del palato osseo da essere obbligata a turarsi il naso ogni qualvolta voleva parlare; e per limitarmi alle più comuni, ricorderò soltanto il passaggio dei liquidi e solidi attraverso la detta perforazione, le deformità talvolta molto marcate se la carie aveva distrutte tutte o in parte le ossa nasali, o il margine alveolare superiore, le cicatrici deformi, aderenti, depresse o retratte susseguenti a carie delle ossa superficiali, ecc.

Un bellissimo esempio di necrosi sifilitica, in cui al dire degli autori, la diagnosi differenziale con analoga forma semplice si sarebbe dovuta fare dal solo esame del sequestro, ci fu offerto da un individuo di 35 anni, di buona costituzione, che pur ricordandosi d'aver avuto ulceri in gioventù, non aveva d'allora in poi osservato sul suo corpo nessuna delle manifestazioni generali della sifilide.

La malattia ossea datava da 2 anni, e dopo medicazioni svariate ma inefficaci tutte, si presentava al dispensario nell'aprile

del 1866 colla seguente forma: Sequestro osseo della grandezza d'un pezzo da 20 franchi, interessante la lamina esterna del frontale nella sua metà sinistra appena al disopra dell'arco sopraccigliare con distruzione della vòlta orbitale e apertura fistolosa nella cute del detto arco sopraccigliare. Il sequestro era, per usare le parole di Virchow, « una porzione d'osso necrosato, a « larghi pori, all'aspetto per così dire tarlato, ma a superficie « piana, separata dall'osso vivente per una linea di demarca- « zione dentellata, pur conservando angoli nettamente disegnati, « i bordi di quest'ultimo più elevati per apposizione di nuovi « strati ossei e sorpassanti la parte mortificata. »

I pori numerosi e larghi, che si vedevano alla sua superficie, erano fra di loro comunicanti nel centro del sequestro, e a questo solo segno, come dissi, la necrosi sifilitica si distinguerebbe dalla semplice, ove il pezzo d'osso sequestrato (quando la malattia ha sede nelle ossa piane, come nel caso attuale) si presenta liscio e compatto come una parte sana. Detti fori, al dire del succitato autore, riconoscerebbero per causa un'essudazione gommosa depositata in grembo all'ossatura, e che in progresso di tempo, dopo aver cagionata l'atrofia e carie secca di questa per compressione, sarebbe stata riassorbita essa pure, non senza passare per le solite fasi e trasformazioni comuni a tutti i tumori gommosi.

Si levò immediatamente il pezzo mortificato e qualch'altro che in seguito si rese libero e mobile al pari di quello; e attivata nell'istesso tempo un'energica cura iodica, l'individuo guarì nello spazio di soli 50 giorni, dopo aver ingoiato 180 grammi di ioduro di sodio. Una grave infossatura, capace di contenere una grossa nocciuola, postumo della lesione ossea anzidetta, richiese l'applicazione d'una placca d'argento opportunamente colorata, e siccome il diametro trasverso della detta infossatura era più lungo nella sua parte profonda che non all'apertura d'ingresso, due mollette divergenti applicate sulla superficie posteriore della placca furono più che sufficienti a mantenerla in posto.

Passò così qualche anno di perfetto benessere, quando il dott. Ricordi, chiamato come perito giudiziario, riconobbe nel cadavere che gli stava davanti l'individuo in quistione, e ben contento di poter constatare anche le alterazioni della lamina interna del frontale, s'accinse tosto all'opera, ed ecco il risultato del suo esame: La callottola è d'un rilevante spessore (un centimetro e mezzo in media); la lamina interna presenta una fessura lunga 4 centim. larga 3 millim. in corrispondenza alla perdita di so-

stanza, molto maggiore, della lamina esterna. La dura madre in questo punto è ispessita di molto, aderente, e d'un color bianco-perlaceo. La fessura è circondata internamente da vegetazioni ossee (tofi) di varia forma e grossezza, da un grano di miglio ad un grano di riso. La lamina interna corrispondente alle fosse frontali è pure tappezzata da tofi a forma lamellare. Nella fossa destra manca la lamina vitrea per lo spazio di un pezzo da un franco.

Pur interessante per il gran numero d'ossa attaccate dalla sifilide e per l'estensione della carie è il seguente:

Il sig. V....... ammalava, credo nel 1862, per ulceri sifilitici al pene, susseguiti immediatamente da varie manifestazioni generali, tra cui un'irite grave dell'occhio destro con ascesso e consecutivo ipopion. La cura esterna colle frizioni d'unguento cinereo e la interna col sublimato non essendo stato tollerate (ulite grave), e non essendo pur stato tollerato l'ioduro di potassio per gravi disturbi di stomaco, tentò la cura colle acque del Pollini, ma pur essa dovette sospendere per lo stesso motivo. In tutto questo lasso di tempo (2 anni circa) i fenomeni generali continuarono con qualche alternativa di miglioramento e di peggioramento, l'ipopion venne riassorbito completamente e ad onta della continua applicazione d'atropina a forte dose la forma iridea lasciò come postumo la completa chiusura dell'apertura pupillare. Nel 1865 in seguito ad un'iridectomia eseguita dal dott. De Magri, il paziente riaquistò quasi completamente la vista.

Da quell'epoca fino al 1871 la salute generale del paziente si mantenne buona e le forme celtiche parevano scomparse per sempre, quando nel detto anno il V........ si presentò di nuovo al dott. De Magri per una dacriocistite flemmonosa dell'occhio sinistro, che incisa lasciò scorgere un'estesa carie dell'unguis e dell'apofisi ascendente del mascellare. Fu allora che il medico sospettando la natura celtica della malattia, inviò il V........ alla ambulanza sifiliatrica, ed ecco il risultato del nostro esame: In corrispondenza della gobba frontale sinistra s'avverte una manifesta fluttuazione su una superficie quadrata di circa 5 centim.; detta fluttuazione manifesta pure anche all'arco sopraccigliare corrispondente sembra prolungarsi nel cavo dell'orbita a ridosso dell'apofisi orbitale del frontale. Attraverso alla ferita fatta, come dissi più sopra, dal dott. De Magri per una dacriocistite,

s'avverte la carie estesa a tutto l' unguis, e alla parte alta dell' apofisi ascendente del mascellare sinistro. Un' attenta palpazione fa rilevare che le ossa nasali non sono più solidamente unite nè fra di loro nè colle ossa mascellari, e dalle narici anteriori scola abbondante una marcia puzzolente, e mista a sangue. Alla gobba frontale destra v' è un' intumescenza poco elevata, della grandezza d' un pezzo da 5 franchi, che alla pressione dà solo un senso di elasticità. Il margine alveolare superiore, per lo spazio occupato dagli incisivi, canini, e primi molari, è completamente denudato e cariato, e degli anzidetti denti i primi quattro sono caduti da poco tempo, gli altri sono malfermi nei loro alveoli. La carie si continua sulla vôlta ossea palatina fino ad occuparne circa la metà anteriore; ma il periostio qui è intatto, benchè completamente distaccato dall'ossatura. L' alito è oltremodo fetente, e benchè il paziente sia da pochi minuti nella sala dell'ambulanza, pure la puzza è tale che bisogna aprire le finestre. Il radio sinistro presenta al suo 3.° inferiore un' iperostosi del volume d' un mezz'uovo di gallina e il ginocchio sinistro è anchilosato già da vari mesi per un'affezione articolare di cui non si può precisare la natura. La costituzione del paziente è molto deperita per l' attuale malattia, ed il suo colorito è decisamente terreo; però le funzioni digerenti non hanno perduto nulla della loro attività primitiva, ed il morale dell' ammalato si mantiene eccellente, forse perchè egli ignora la gravezza della malattia.

Praticata immediatamente un'ampia incisione alla fronte (lato sinistro) si scorge che la carie ha già distrutta quasi tutta la lamina esterna, e le rugosità avvertite dallo specillo non lasciano alcun dubbio essere la carie molto più estesa in superficie di quanto non si potesse supporre dapprima. Si levano con poca difficoltà i canini ed i primi molari superiori, e a mezzo d' uno scalpello si leva tutto il bordo alveolare corrispondente e il tratto di palato osseo che si presenta cariato; però essendo, come già dissi, intatto il periostio corrispondente a quest' ultima porzione d' ossatura, esso viene conservato in posto nella speranza che, aderendo ai nuovi bordi del mascellare, abbia a costituire un diaframma capace di costituire la parte esportata della vôlta palatina.

Come ben si può immaginare, quest' ultime operazioni alterano di molto la fisonomia del paziente; infatti non avendo più il naturale sostegno dei denti e del margine alveolare, il labbro superiore si accascia, e a bocca chiusa non corrisponde più col-

l' inferiore; il naso e la bocca formano una sola cavità, la voce è diventata oltremodo nasale, ed il bolo alimentare passa in gran parte nella cavità superiore durante i movimenti della deglutizione. In compenso però la malattia è di molto semplificata e l'alito del paziente ricorda appena l'intollerabile fetore di prima.

Tutto questo fu eseguito in una sola seduta, e nei 5 o 6 giorni successivi lo scalpello trova ancora qualche pezzo di mascellare o di frontale cariato da esportare. Riconosciuta insufficiente l'incisione frontale stante l' abbondante suppurazione, si crede bene ampliarla quasi del doppio e si aiuta la natura nel suo lavoro d'eliminazione esportando tutto quello che si trova cariato, così come si pratica per le ossa nasali, la cui estrazione deforma ancor maggiormente la fisonomia del paziente.

Fattasi in questo frattempo manifesta la fluttuazione alla gobba frontale destra, si pratica quivi pure un' altra incisione, e scoperta collo specillo, oltre la carie dell'osso sottoposto, anche una strada di comunicazione tra le due gobbe, si cerca di mantenere questa aperta introducendovi un bindello ad uso setone.

Eliminate così tutte le porzioni d' osso che si presentano cariate, e incominciata nell' istesso tempo un pò di cura iodica e ricostituente, la salute generale migliora alquanto, la secrezione marciosa diminuisce di molto, e qualche tentativo di granulazione appare su alcuna delle nuove superficie ossee. Anche la loquela e la deglutizione si sono fatte più facili per la quasi completa adesione del periostio palatino alle ossa mascellari; ma mancando il paziente dei necessari soccorsi a domicilio, viene dietro sua richiesta ricoverato nelle sale dell' ospitale.

Venne pur fatta anche qualche applicazione di palato artificiale d'argento, e in una donna, che in seguito a carie sifilitica aveva perduta quasi tutta la metà anteriore del palato osseo ed i denti incisivi col rispettivo tratto di margine alveolare, e che, come dissi più sopra, non poteva parlare se non otturandosi il naso, si riempirono i vuoti a mezzo d' un pezzo di gutta-perca convenientemente modellato, colorato e provvisto di 4 denti artificiali. Siccome poi in questo caso non esisteva più traccia di vôlta palatina nella sua metà anteriore, e importava per sopra più dare un solido appoggio al nuovo margine alveolare, si dovettero abbandonare le solite mollette divergenti, e facenti presa sul bordo palatino

(come s' usa d' ordinario nelle perforazioni del palato) e fu giocoforza accontentarsi d' un punto d' appoggio sui denti vicini, che fortunatamente erano ancor bene impiantati , e sui quali si fecero agire le mollette metalliche. Così provvista la donna, non solo le fu possibile mangiare, bere e parlare (con timbro di voce quasi naturale) senz' essere obbligata a turarsi il naso, ma fu anche liberata da quel notevole accasciamento del labbro superiore, che, causato dalla mancanza del sostegno naturale (il margine alveolare) costituiva per sè solo una rilevante deformità, tanto più che si trattava d'una donna ancor giovane.

A differenza che nelle malattie analoghe da causa semplice riscontrammo in quelle da sifilide, pochissima tendenza alla riproduzione della sostanza ossea, e così mentre nelle prime certe piccole perforazioni del palato sarebbero state quasi o completamente otturate da nuova materia ossea, nelle sifilitiche invece esse si mantenevano d' una ampiezza tale da misurare quasi perfettamente il pezzo cariato o necrosato, ben inteso fatta astrazione dai pochi tessuti molli che ne ricoprivano i bordi.

Pur a differenza delle osteopatie semplici , le sifilitiche guarirono presto e in uno spazio di tempo molto più breve , purchè s' avesse l' avvertenza di liberare la piaga dalle parti mortificate, non appena era possibile il farlo anche a costo di ricorrere allo scalpello. L' iodio era più che sufficiente in simili casi, e, a proposito di certe carie situate là ove gli stromenti non potevano arrivare, se la guarigione non avveniva sì pronta come al solito, la colpa di tale ritardo non era attribuita ne ad errore di diagnosi, nè a poca efficacia del rimedio, ma bensì ai pezzi cariati o necrosati , che rimanendo per più lungo tempo in luogo , impedivano a guisa di corpi stranieri la cicatrizzazione della piaga , ad onta che questa avesse già perduta da tempo il carattere specifico.

La cura locale a mezzo di solventi , revellenti , ecc., non fu quasi mai praticata, visto il poco vantaggio di cui essa è capace, e solo nella carie delle ossa della cavità nasale s'ebbe ricorso a lavature o iniezioni con liquidi disinfettanti (liquore del Labarraque, ecc.), allo scopo di togliere quell'odore nau-

seabondo, che è caratteristico della carie umida delle ossa, e che scompare quasi per incanto non appena siasi levato l'ultimo pezzo mortificato; date certe circostanze di temperatura, di impedito scolo, ecc. Il detto odore è il peggiore tra tutti quelli che hanno origine dal nostro corpo, peggiore ancora di quello dato dalla gangrena umida.

Astrazion fatta dallo speciale aspetto poroso del sequestro, dai bordi della parte sana ingrossati e sporgenti, e dalla disposizione circinata di certe carie e necrosi (segni tutti che si vorrebbero, è vero, di gran peso, ma che, anche esistenti non è sempre possibile di constatare), tutti gli altri dati per stabilire la diagnosi differenziale tra le malattie osseo-periostee semplici o sifilitiche sono incertissimi e non è che dal loro complesso e dalle forme celtiche antecedenti o concomitanti che si può stabilire una diagnosi abbastanza probabile e talvolta anche certa. Del resto in tali casi, come già dissi a proposito d'altre manifestazioni sifilitiche, non sarà mai oggetto di critica quel medico, che anche sulla base di anamnestici e sintomi presenti molto incerti, ricorre ad una medicazione iodica per 15 o 20 giorni prima di applicare il ferro od il fuoco od anche solo abbandonare l'ammalato alla lunga e noiosa opera riparatrice della natura; si tratta d'un rimedio affatto innocuo per l'organismo, e che, se esiste la specificità della malattia, avvicinerà di molto il giorno della guarigione.

Così come tutte le manifestazioni sifilitiche, anche le osteopatie (e queste forse più che non tutte le altre) vennero in questi ultimi tempi attribuiti unicamente all'uso del mercurio; ma, a parte ogni altro ragionamento, il solo fatto d'individui che non hanno mai preso mercurio e pure presentano alterazioni delle ossa in breve rimovibili dall'iodio (e quindi specifiche) mi pare più che sufficiente a provare il contrario.

Artropatia e sinovite.

Benchè le alterazioni sifilitiche delle articolazioni manchino di caratteri speciali (almeno clinicamente parlando) che

le distinguano nettamente dalle corrispondenti alterazioni semplici, pure il dott. Ricordi credette riscontrarne un esempio non dubbio in un ammalato, che, a sei mesi circa dalla data dell'infezione, ne si presentava affetto da forme generali (roseola, sifilide papulosa, papule mucose) e contemporaneamente da un'artrite al cubito destro. Tutte queste alterazioni datavano da tre settimane circa, e l'articolazione anzidetta all'atto del primo esame si mostrava ingrossata alquanto, oscuramente fluttuante, dolente alla pressione, e più sotto i movimenti, trattenuta com'al solito in una semiflessione, mentre la cute della località era normale affatto. Non v'era, nè v'era stata febbre di sorta, e considerando: che nelle artriti semplici acute (e acuta si poteva dire la presente) detta febbre non manca mai; che la forma articolare era apparsa contemporaneamente ad altre forme precoci (colle quali appunto s'accompagna il più spesso la lesione in discorso) che non v'erano stati nè traumi alla località, nè eccessivo esercizio dell'arto, nè influenze reumatiche (per quanto era possibile constatare), considerato tutto questo, dico, si fece la diagnosi d'artrite d'origine sifilitica, riservando poi ai risultati della cura l'incarico di meglio provarne l'aggiustatezza. Amministrato infatti l'iodio solo, la malattia s'andò risolvendo con una rapidità quale mai si ottiene nelle corrispondenti forme semplici coll'istesso metodo di cura, e dopo nove giorni il cubito aveva ripreso volume, sensibilità, e mobilità ordinaria. Il substrato della malattia venne ritenuto essere in tal caso, non già i capi articolari delle ossa, ma sibbene la membrana sinoviale che li ricopre.

L'ammalato era un robusto giovinotto di 18 anni, che non aveva mai sofferto di reumatismi articolari, e che aveva contratta l'infezione per comunione d'utensili da bocca.

In un altro individuo il tessuto ammalato non era più la sinoviale delle articolazioni, ma bensì la guaina mucosa dei tendini, che a quella si può paragonare, sia per la materia di secrezione di cui è continuamente bagnata la sua superficie interna, sia per lo scopo a cui è destinata. La paziente in quistione aveva avvertita la forma iniziale tre mesi prima e quando venne a noi, oltre ad una sifilide papulosa delle mani

e estremità inferiori, presentava un tumoretto dolente, grosso come un uovo di passero, fluttuante, situato sul decorso dei tendini dell'anulare e medio della mano sinistra in vicinanza al legamento armillare; un altro tumoretto simile al precedente aveva sede sul decorso del tendine dell'abduttore lungo dell'istesso lato; i movimenti dell'arto, torna inutile il dirlo, erano difficili e dolorosi. La mancanza, almeno apparente, d'una causa qualunque all' infuori della specifica, l' essere la sifilide nel suo pieno sviluppo, fecero collocare ben tosto l'alterazione in discorso nel novero delle sue manifestazioni, e avviata immediatamente la cura iodica, i singoli tumoretti diminuirono rapidamente di volume fino a scomparire affatto nel breve termine di 12 giorni, nel mentre i movimenti dell' arto ritornavano affatto liberi.

Sifilomania.

Tra le svariate affezioni nervose, a cui la sifilide diè origine nei nostri ammalati, sia sotto forma d' alterazioni materiali visibili (neoformazioni gommose aventi sede sul nervo stesso, o malattie delle parti vicine che su quello agivano per compressione) sia sotto forma di semplici nevr lgie non accompagnate da alcun cambiamento (almeno apparente) nel modo di essere della sostanza nervea, sia infine sotto forma di disordini dell' intelligenza, la sola che meriti d'essere accennata si è una sifilomania che vedemmo in grado eminente tormentare per mesi e mesi un individuo sano e robusto quant'altri mai, e che dal florido aspetto dei suoi figli avrebbe dovuto trarre le più consolanti conclusioni sul proprio stato di salute. L' origine della forma in quistione si fu qualche ulcerazione al glande, susseguita, a quant'egli assicurava, da manifestazioni generali cutanee e combattute con 240 pillole mercuriali; il tutto a sua confessione scomparve in breve tempo; ma avendo saputo dai molti libri di medicina che leggeva giorno e notte, essere la sifilide una malattia ostinata e mancante di segni certi di guarigione, egli cominciò a temere d'essere tuttora ammalato, e da quì un esame attento di tutto il suo corpo ad ogni momento della giornata; il

naso e la gola erano a suo dire costantemente ulcerati, forse perchè non potendo controllare *de visu* le sue supposizioni, poteva dare qui libero sfogo alla sua mania sifilitica; era sempre stravolto ed acceso in viso, e non di rado annunciava con tutta la serietà possibile d'essersi deciso pel suicidio, perchè ormai convinto dell'incurabilità della sua malattia. Piccolissime dosi di ioduro di sodio amministrate per lungo tempo, finti unguenti di calomelano a tutta sugna e gargarismi di sublimato corrosivo a tutt'acqua per le ulcerazioni del naso e della gola, il tutto condito con mille raccomandazioni sull'importanza dei detti rimedi e sulla necessità di attenersi ben bene alle ordinazioni mediche circa il modo di servirsene, ottennero alla fin fine il desiderato effetto, non senza però s'avesse dovuto continuare con tal sistema di cura *morale* per lo spazio di più mesi.

Sifilide infantile.

In numero di 66 furono i bambini che si presentarono affetti da sifilide, divisi circa la provenienza della malattia in tre categorie, eredità, allattamento, e comunione d'utensili da bocca; 27 pei primi, 29 pei secondi, e 10 per gli ultimi. Aggiungerò però subito che tale classificazione non fu sempre la cosa più facile; e mentre è vero che la sifilide infantile ereditaria è spesso e nettamente distinta dalla acquisita per caratteri suoi speciali (1), è pur altrettanto vero che non rare volte questi segni mancano in gran parte o sono pochissimo accentuati; pure non rare volte essi accompagnano anche la

(1) Maggior gravezza in genere, esito infausto il più delle volte, decorso galoppante, lesioni viscerali, aspetto senile, cachessia marcatissima, disturbi intestinali, secchezza e forforazioni della cute, abbassamemento di voce, corizza ad ambo le narici, pemfigo, caduta o mancanza delle ciglia e sopracciglia, tendenza a tenere il pollice adagiato sul palmo, inversione, secondo Hutchinson, della forma normale dei denti incisivi superiori medii, cioè più stretti al lembo tagliente che alla inserzione delle gengive, e scannellatura pronunciata dei medesimi.

acquisita, e questo specialmente quando o per trascuranza o per cattiva costituzione del bambino, o per una *malignità* maggiore della malattia, essa ha avuto campo di produrre nel piccolo organismo un' alterazione tanto grave e profonda quanto quella causata dal detto virus, che ha agito sul nascituro sia allo stato d' ovolo che allo stato di feto.

E ben si capisce il perchè in questi due ultimi casi la sifilide debba essere più grave, quando si pensa alla poca resistenza organica di cui deve essere dotato l'ovolo o il feto in confronto d' un bambino che vive di vita indipendente e che per il maggior sviluppo e attività dei suoi organi si trova d'aver maggior forza di reazione contro gli agenti esterni. Lo stesso ragionamento ne dà anche la spiegazione del perchè le sifilidi dei bambini sieno a differenza che negli adulti, quasi sempre a decorso galoppante, e così di frequente susseguite da morte.

Così pure si potè stabilire rare volte con esattezza se il bambino divenne sifilitico per infezione avvenuta quand'era ancora allo stato d'ovolo, o quando invece era già allo stato di feto. Nel primo caso, che può accadere tanto per trovarsi ammalata la madre prima dell'epoca del concepimento, quanto per opera del seme paterno esso pure già infetto, o per amendue le cause assieme, la sifilide o sarebbe, al dire di vari autori (e tra gli altri il Diday), causa di aborto in un'epoca qualunque della gravidanza, per solito 5°, 6° o 7° mese, o per lo meno se non è già palese sul corpo del bambino all'atto della nascita, si renderebbe tale nei primi giorni di vita; nel secondo caso invece, e cioè quando il padre è sano, e la donna viene infettata durante la gravidanza, la prole nascerebbe sana in apparenza, e non darebbe manifesti segni di sifilide che nel 2° o 3° mese (1), salvo a mantenersi sempre sano secondo la maggior parte degli autori se l' infezione è avvenuta sul finire della gestazione.

Premetto che il maggior numero di bambini sifilitici da noi curati, riconosceva per origine d' infezione il padre, che,

(1) Questo modo d' infezione non è ammesso da moltissimi Autori.

ammalato all'atto del concepimento per forme generali precoci, sifilizzava direttamente l'ovolo a mezzo dello sperma, nel mentre, a mezzo della secrezione di dette forme generali sifilizzava anche la madre, che alla sua volta reagiva poi sul figlio se questo per buona sorte era sfuggito all'infezione paterna.

Forse, e se s'avesse avuta maggior fede nelle assicurazioni di alcune madri si sarebbe potuto credere anche a quel modo di propagarsi della sifilide, che solo (all' infuori della ereditaria) si farebbe senza la forma primitiva, voglio dire alla trasmissione diretta dell' infezione da un feto, sifilitico per eredità paterna, alla propria madre, che rimasta sana fino ad una data epoca della gravidanza, presenterebbe ad un tratto manifestazioni generali precoci senza l'intermezzo dell' ulcero. In teoria nulla v' ha che possa far negare un tal fatto, ma dal punto di vista pratico, non v' è cosa che sia più difficile a constatarsi, avendo già altre volte detto quanto sia facile che per la speciale conformazione dei suoi organi genitali, la donna non s'accorga d'un ulcero statole direttamente comunicato dal marito; per non parlare poi delle difficoltà di poter constatare se le forme generali che vediamo svilupparsi ad una data epoca della gravidanza sieno veramente le prime, o se invece altre ve ne siano già state, che la donna per ignoranza o per interesse o per malinteso pudore non sa o non vuol confessare. E così dicasi della possibilità che una donna sifilitica in pieno sviluppo di forme generali, e fecondata da un uomo sano, possa dar alla luce un bambino pure sano e che tale si mantenga anche se poppante al seno materno.

Di questa speciale immunità, che da molti autori, il Colles in special modo, viene ammessa fuor di dubbio (quello stesso che ammette possa un bambino sifilizzato dal padre poppare impunemente, anche se con forme umide alla bocca, dalla propria madre purchè rimasta sana durante la gravidanza) avremmo avuto un bellissimo esempio in quella B..... Angela di cui riferii in extenso la storia parlando della sifilide pustolare. Affetta negli ultimi mesi della gravidanza da ectima tardivo al capo e da gomme ulcerate alle fauci, la B..... partorì un bambino bello quant'altri mai e per nulla affatto scro-

foloso non solo, ma che tale si mantenne in onta al latte materno; e si noti che sul finire dell'allattamento essa soffrì ancora di croste ectimatose al capo, così come le accadde per altre 4 volte nei sei anni successivi.

È ben vero che Ricord crede non trasmettersi gli accidenti terziari per eredità che determinando nell' organismo dei figli alterazioni senza caratteri specifici, e che si potrebbero per solito riferire alla scrofola; è vero che Baerensprung cita otto casi in cui i genitori affetti da sifilide terziaria ebbero figli sani ecc. ecc., ma è pur altrettanto vero che non tutti i fatti depongono in favore di queste opinioni. In secondo luogo poi non si capisce perchè genitori affetti da sintomi tardivi non abbiano a trasmettere la vera sifilide, mentre è indubbiamente provato che genitori, in cui le manifestazioni sifilitiche erano cessate da molto tempo fino a far credere ad una guarigione vera, trasmisero la malattia ai loro figli. A meno che non si voglia ammettere che il virus si comporti sotto tale rapporto come nelle inoculazioni artificiali (dando cioè risultati positivi se giunto al periodo secondario, e negativi se al periodo terziario) (1), e che in quella categoria di genitori, a cui accennai per ultimo, la malattia non fosse ancor passata per il suo ultimo stadio, si trovasse cioè nello stadio d' incubazione tra il periodo secondario e il terziario.

Non si fece mai cura preventiva a quei bambini, che benchè nati da parenti sifilitici e in pieno corso di manifestazioni generali, pure all' atto della nascita godevano almeno in apparenza di buona salute, e si credette più logico attendere, visto che non sempre la sifilide è *necessariamente* ereditaria com' infatti avvenne pel bambino della poc'anzi citata B.... Se v'era caso in cui la cura preventiva sarebbe stata giustificata, quello era forse il più adatto (tanto più che qualch'anno prima s'avevano avuto due aborti); eppure l'esperienza dimostrò che sarebbe stata affatto inutile. È ben vero che col ripetersi delle

(1) Dice il Lancereaux di non aver mai sofferto di sifilide in onta a numerose punture fattesi nel praticare autopsie di cadaveri portatori di tumori gommosi.

gravidanze, vedemmo i tristi effetti della sifilide diminuire grado grado fino a dissiparsi completamente, in modo d'aversi alla prima gravidanza un aborto a pochi mesi, alla seconda un parto precoce, alla terza un bambino già sifilitico e destinato a morire in breve, alla quinta un bambino che s'ammalerà a qualche mese dalla nascita, e così via via dicendo fino a scomparire ogni traccia d'infezione nei parti successivi; ma si trattava in allora, come in tutti i casi consimili riferiti dagli antori, di parenti in cui le manifestazioni generali erano già cessate da tempo, e in cui quindi s'era in diritto di supporre fosse la diatesi sifilitica sullo scomparire, mentre nel caso nostro la donna ebbe forme celtiche non solo durante la gravidanza e l'allattamento, ma anche per sei anni successivi.

Si fece invece più d'una volta la cura specifica a qualche donna, che avendo già sofferto di uno o due aborti per il fatto d'una sifilide da poco scomparsa, s' era in forte sospetto non avesse a portare a termine la gravidanza; e in ogni caso poi, anche se la guarigione sembrava assicurata fin dai primi mesi, la cura veniva continuata fin quasi al nono, affine di viemmeglio guarentire il bimbo dai tristi effetti della sifilide. Per quanto tale sistema non sia stato sempre coronato da esito felice, pure i vantaggi furono tali da persuaderci della sua efficacia. È ben vero che gli antimercurialisti invertendo la quistione dicono che è appunto il mercurio la causa dell'aborto, ma oltrechè questo metallo è stato, fin dal suo primo apparire come antisifilitico, accusato d' essere causa ed origine di tutte le forme generali che anche prima di lui erano proprie della sifilide, oltre ai numerosi aborti che tuttodì vediamo accadere per infezione celtica senza siasi fatta in antecedenza alcuna cura mercuriale, non mi sembra, dico, per nulla illogico il trattare il feto sifilitico all' istessa guisa che si tratta il bambino o l'adulto affetto dall'istessa malattia. Se per questi ultimi il mercurio e l'iodio sono atti, se non a guarire completamente la sifilide, a farne almeno scomparire le manifestazioni, se l'istoria e l'esperienza hanno oggimai chiaramente dimostrato essere la sifilide molto più grave quando non è combattuta coi detti rimedi (come accade tuttodì fra i negri dell'America del Sud, e della costa occidentale dell' Africa, e

senza andar tanto lontano, anche in Sicilia), se tutto questo, dico, è ormai un fatto incontestato, perchè lasceremmo noi che la sifilide sbizzarisca a piacer suo sul feto senza nemmeno tentare d'opporvi riparo quando si ha il mezzo di farlo in modo tanto dolce e blando quale quello di medicare la madre? Ammesso pure che taluni feti non contraggono la sifilide (sia che l'infezione dati da un'epoca anteriore, o posteriore al concepimento) ciò che l'esperienza ci dimostra accadere ben di rado, ammesso quindi che qualche rara volta la cura specifica possa tornare inutile, siamo noi per questo autorizzati ad ometterla sempre e a condannare di conseguenza la maggior parte dei nascituri a tutte le tristi influenze della sifilide?

Ma qui, come sempre in quistioni simili, gli antimercurialisti rispondono coll'invocare lo spettro dell'avvelenamento idrargirico, e della interminabile sequela dei suoi pericoli, danni e conseguenze; *tout est possible, et tout le monde a raison*, disse un tale che non amava troppo le discussioni; ma io, confortato dall' opinione di valentissimi uomini, e alcun poco anche da un'attenta osservazione, mi permetto invece di esprimere la mia ferma convinzione su tal controversia con queste poche parole: *in tutti i casi ov'è sifilide il mercurio saggiamente amministrato è utile non solo, ma necessario e per nulla affatto dannoso.*

Non appena la sifilide si è estrinsecata sul corpo del bambino, sia dessa ereditaria o acquisita, la divergenza d'opinioni scompare e tutti sono d'accordo sulla necessità di curarla subito; ma un'altra piccola quistione fa quì capolino: il bambino deve essere medicato direttamente o indirettamente a mezzo del latte, provenga desso dalla madre o dalla balìa mercenaria? Il dott. Ricordi s'attenne sempre al primo metodo, poco o punto persuaso della possibilità che una sufficiente dose di specifico abbia a giungere fino al bambino a mezzo del latte, e in appoggio di questa sua opinione, d'altronde oggigiorno generalmente accetta, stanno i cattivi risultati ottenuti dal trattamento indiretto, e i responsi negativi delle molte analisi chimiche del latte di balie, capre, od asine, da lungo tempo assoggettate all'uso interno d'un mercuriale qualunque. Se però durante l' allattamento, la madre

dla nutrice dovevano essere assoggettate ad una cura specifica per estrinsecazione di virus, s'aveva cura di diminuire alcun poco la quantità del rimedio somministrato al bambino in vista della possibilità che il latte potesse contenerne una certa quantità.

Per solito la cura generale (per la via della bocca) era fatta a mezzo d'un siroppo iodo-mercuriale, quello stesso adottato per gli adulti, e solo le proporzioni dei singoli componenti erano alquanto ridotte in ragione dell'età;

Pr.	Sirop. di zuccaro	grammi	150
	Joduro di sodio	grammi	5
	Sublim. corrosivo	centigr.	5

un cucchiaio da caffè alla mattina, ed un altro alla sera sciolto in un pò d'acqua, da prendersi una mezz'ora circa dopo il pasto.

Com'ho già detto parlando *della cura generale della sifilide*, questo siroppo era benissimo tollerato dalla maggior parte dei bambini, anche quando il principal sintomo della cachessia sifilitica, la diarrea, avrebbe potuto far credere ad un'intolleranza; col migliorare delle forme esterne, anche il disturbo intestinale andava cessando, e solo quando lo si vedeva perdurare oltre i 6 o 7 giorni dal principio della cura, vi si sostituiva il metodo ipodermico col calomelano. Anche nei bambini come per gli adulti la guarigione osservammo più pronta con quest'ultimo metodo anzichè coll'altro, e per solito due iniezioni erano più che sufficienti. La reazione al luogo della puntura, specialmente nei bambini affetti da grave cachessia, fu pochissima cosa, e talvolta l'ascesso aveva contorni sì ben limitati e per nulla affatto intasati da poterlo quasi paragonare ad una cisti o ad un ascesso linfatico (freddo).

Da tutto questo io vorrei dedurre una conclusione che mi sembra abbastanza importante: visto che la cachessia giunta ad un certo grado, mette da sola in pericolo la vita dell'ammalato, ed è quindi necessario di combatterla subito ed energicamente collo specifico; visto che il sistema ipodermico è quello che più di qualunque altro permette di introdurne nell'organismo la maggior quantità nel maggior tempo possibile;

visto che la guarigione (come constatai in modo positivo sui nostri piccoli ammalati) è più pronta col detto sistema che non coll'altro per la via della bocca; visto che, sebben di raro, pure talvolta lo stato dell'intestino non permette la medicazione interna; visto infine che l'unico inconveniente del sistema ipodermico, l'ascesso, è per solito cosa da nulla, io sono pienamente convinto che nella gran maggioranza delle sifilidi infantili il sistema ipodermico merita la preferenza, e tanto più se la malattia è ereditaria e la cachessia molto avanzata.

Molti autori spaventati all' idea di trattare col mercurio questi piccoli esseri sì debilitati, e più paurosi della sua azione dissolvente generale anzichè degli effetti della sifilide, consigliano d'attenersi soltanto ai ricostituenti sul principio, e di non amministrare il tanto temuto metallo se non quando, migliorate alquanto le condizioni generali e le intestinali, il piccolo organismo sia in grado di resistere meglio alla sua esagerata azione dissolvente e come dice Bligny meglio atto a sopportare *l'effort des remédes.* Ma anche in questo caso la quistione mi sembra spostata: di grazia, per un bambino affetto da sifilide ereditaria o acquisita, il maggior nemico non è forse la sifilide? non vediamo noi soccombere quasi costantemente questi piccoli esseri, questi capri espiatori delle colpe dei parenti, se l'arte non interviene? La presenza d'una grave cachessia non dinota forse che la sifilide anzichè limitarsi a un punto o l'altro della cute o delle mucose ha alterato profondamente gli organi più importanti? Ebbene, risponde il Belhomme, « l'indicazione è altrettanto netta che precisa; bi-
« sogna agire presto e bene; un giorno perduto porta sovente
« dei disordini irreparabili; se si aspetta, se si tergiversa, se
« si danno dosi infinitesimali, si lascia morire il malato, uc-
« ciso dal virus, che lo specifico avrebbe potuto annichilire. »

Riguardo poi agli altri sistemi più o meno in uso per la cura generale dei bambini (voglio dire le frizioni con unguento cinereo, i bagni di sublimato, le fumicazioni ecc.), che qual più qual meno vengono messi in pratica o come semplici ausiliari della cura interna o quando questa non è tollerata, dirò che non vi s'ebbe mai ricorso, sia perchè il sistema ipodermico è preferibile a tutti quanti per semplicità, per facilità,

d'esecuzione, per sicurezza d'esito, e per mancanza di controindicazioni, sia perchè ai parenti ripugna l' uso dell' unguento cinereo, o torna incomodo o impossibile per le speciali condizioni di famiglia, il fare ripetutamente i bagni, sia perchè tutti metodi d'azione alquanto incerta, e spesso non tollerati da una cute già maltrattata o coperta di piaghe, sia infine (e non è forse il motivo meno importante) perchè tutti d' azione troppo lenta, laddove invece abbisogna anzitutto di far presto.

Associati alla cura specifica, i ricostituenti di qualunque genere vennero essi pure chiamati spesse volte in aiuto a seconda delle indicazioni speciali, e per essere breve ricorderò soltanto i ferruginosi, l'olio di fegato di merluzzo, cibi molto nutrienti, bagni generali freddi o tiepidi, bottiglie d' acqua calda disposte attorno al corpicino dell'infermo ecc.

La cura locale, varia secondo le circostanze, si limitò per solito a spolverizzazioni delle papule mucose e ulcerazioni successive, ecc., col calomelano, a qualche tocco con tintura d'iodio se s'avevano piaghe molto profonde o sporche, a qualche iniezione del liquore del Labarraque se lo scolo della corizza era molto abbondante, e sopratutto e in qualunque occasione a frequenti lavature e polverizzazioni con amido polverizzato affine di tenere lontano dalla cute dell'infermo tutte quelle cause irritanti, capaci di determinare esse sole l'estrinsecazione del virus in date località (per esempio ai genitali).

Torna inutile il dire, e tutti cred' io, la pensano del pari, che a tutte le gravide sifilitiche, fossero ancora in corso o da poco scomparse le manifestazioni, si ricordava l'obbligo *morale* d'allattare esse stesse la futura prole, o quanto meno di ricorrere alla poppatoia se per una cattiva costituzione generale, o per un difetto del sistema mamillare, prevedevano di non poter adempiere i loro doveri di madre, non dimenticando anche di far loro conoscere i serii pericoli a cui si sarebbero esposte, qualora la balia mercenaria infetta dal bambino avesse loro intentato un processo per danni e spese. Se poi, come ne accadde più sovente, la madre ne si presentava col bambino già da più o men tempo affidato ad una balia, qualunque fosse il genere e la sede delle manifestazioni infantili, la ma-

dre e la balia venivano tosto avvertite delle pericolose conseguenze a cui s'esponevano entrambe, e della necessità di sostituire immediatamente l'allattamento artificiale al naturale (1). Tale linea di condotta era seguita religiosamente anche quando per il lungo tempo da cui datavano le manifestazioni boccali del bambino, si poteva supporre essere la balia già infetta, trovarsi cioè all'atto del nostro esame nel periodo d'incubazione; mancando detto periodo di caratteri suoi speciali, e non potendosi quindi avere la certezza della già avvenuta infezione, è obbligo sacro del medico il far conoscere esattamente alle due donne lo stato delle cose, e tentare quindi di prevenire che la malattia si comunichi dal bambino alla balia, e abbia poi da questa ad estendersi al marito, ai figli ed anche più in là, come ne fanno fede le frequenti epidemie sifilitiche che tuttodì vediamo avverarsi nei villaggi in seguito ad un allattamento impuro.

A questo proposito un'eminente individualità in fatto di sifilografia, il Diday (2), avrebbe espresso idee alquanto diverse, e forse non in pieno accordo coll'imparzialità che il medico deve sempre seguire nell'esercizio della sua professione, anche quando corre il rischio di danneggiare sè stesso. Ammettiamo pure, come egli scrive e come forse non tutti ammetteranno che « al momento della nascita il medico ha fatto « il dover suo quando ha dichiarato ai parenti tutto il peri- « colo che occasionerebbe l'infezione da cui venisse colpita la « balia » e che « l'ufficio del medico, com'è compreso e prati- « cato finora non comporta una tale intromissione » cioè « ch'egli riveli alla nutrice, mentre che questa ultima nulla « gli chiede, il pericolo ch'essa corre accettando un simile « neonato (3). » Ammettiamo anche colle stesse riserve, che il medico debba seguire una tal linea di condotta anche quando

(1) « In tali casi il medico *deve* dire tutta la verità alle due parti. » (Rollet).

(2) « Gazette médicale de Lyon », 1868.

(3) « Le nutrici *devono* essere prevenute del pericolo che esse « possono correre, così come i loro figli e le persone che le fre- « quentano. » (Lancereaux).

« *veda* consegnare un bambino che sa affetto da sifilide; » davvero però che non trovo per nulla affatto accettabile la regola che egli dice doversi seguire a allattamento mercenario già avviato; « se il bambino che vi si presenta ha alla bocca « o in prossimità di questa delle lesioni contagiose e se esse « vi esistono da *una quindicina di giorni*, io lo lascio alla « sua nutrice. » Ho già detto in addietro il perchè di questa discrepanza d'opinioni; il periodo d'incubazione non ha sintomi speciali che ne possano far certi della sua esistenza; la esperienza di tutti i giorni ci insegna che non sempre il contatto d'un'individuo infetto con un sano è immediatamente susseguito dall'infezione di quest'ultimo, abbisognandosi, perchè questa questa possa avvenire, una contemporanea lesione di continuità sulla quale il virus venga deposto e in seguito assorbito. Se a tutto questo s'aggiunge l'obbligo impreteribile che il medico ha non solo di guarire le malattie, ma più ancora di prevenirle, mi pare che il termine di quindici giorni sia troppo ristretto, e molto più conforme alla logica invece l'allargarlo di molto (2 mesi almeno), e cioè alloraquando la possibilità o probabilità d'una avvenuta infezione si sieno mutate in una certezza *relativa*.

Così pure non sono tutt'affatto del suo parere quando più avanti dice: « se le lesioni della bocca non esistono che da « pochi giorni..... si possono reprimere abbastanza prontamente, « affinchè la salute del bambino non soffra troppo dalla so- « spensione dell'allattamento che *deve* allora essere prescritto « fino alla loro guarigione. » Se l'infezione non è ancora avvenuta, com'è probabile, mi sembra che a tutta ragione si debba far cessare l'allattamento, prima che essa non diventi un fatto compiuto, tanto più che noi sappiamo poter essa recidivare, e quanto sia difficile l'accertarsi che non esista ancora qualcuna nascosta tra le pieghe della mucosa; cosa questa che il Diday crede possa farsi anche dalla nutrice, come appare dalle seguenti parole che tengono subito dietro alle ultime citate; « d'altronde, vedendo queste lesioni, la nutrice « avvertita della loro trasmissibilità, impara in pari tempo « a riconoscerle, e a sottrarsi al pericolo che nascerebbe dalla « loro recidiva. »

Ho già oltrepassato di troppo i limiti che avevo imposto a questo mio scritto, perchè mi dilunghi ancora più col descrivere dettagliatamente ciò ch' io viddi circa i vari modi di manifestarsi della sifilide, sia dessa ereditaria o acquisita. Dirò solo a proposito della prima che i due casi di pemfigo descritti più addietro parlando della sifilide bollosa, e che furono i soli osservati, appartenevano appunto alla forma ereditaria, di cui il detto pemfigo, la corizza, la cachessia, l' abbassamento di voce, un'alterazione speciale della cute e le lesioni viscerali costituiscono i sintomi più caratteristici e fino ad un certo punto patognomonici. La corizza incrudelì quasi sempre ed esclusivamente su questi piccoli esseri, caratterizzata da sintomi suoi propri e ben distinti da quelli della corizza semplice, cioè decorso lento, cronico, non mai preceduto nè accompagnato da febbre, sede contemporanea ad ambo le narici, tendenza a produrre ulcerazioni estese e profonde, ecc., e causa di non poco imbarrazzo al bambino nell'atto del poppare per la difficoltà della respirazione nasale. La cachessia in questi bambini condannati a morire ben presto in una proporzione veramente spaventevole, fu sì manifesta coi suoi svariati sintomi (tra i quali primeggia l' aspetto di *petit vieillards,* altrimenti detto la *miniature de la décrépitude*) quale mai non si riscontra nella sifilide infantile acquisita e tanto meno poi negli adulti. L'abbassamento di voce, dovuto per solito a semplice laringite eritematosa, benchè meno frequente della corizza, pure lo fu in una proporzione abbastanza considerevole perchè se ne potesse, in unione agli anzidetti criteri, servirsene d'eccellente criterio diagnostico differenziale. La cute infine si mostrava bene spesso scolorata, perfino grigiastra, non più elastica, bensì arida, floscia e atta a conservare per un certo tempo le piegature artificiali come quella dei colerosi, priva qua e là dell'epidermide caduta o per semplice sforforazione (la pitiriasis sifilitica di certi autori), o a piccole porzioni simili per i caratteri fisici alla pellicola della cipolla.

Taccio delle lesioni viscerali, perchè quasi sempre riscontrabili solo alla tavola anatomica (ciò che a noi tornava impossibile il fare), e accennerò soltanto ad un fatto, che tornerebbe a tutto favore del mercurio e la di cui importanza

sarebbe grande in riguardo al pronostico, se il numero delle osservazioni su cui si fonda fosse più considerevole; voglio dire l'assoluta mancanza di recidive in quei bambini che affetti nei primi mesi di vita da forme di sifilide ereditaria e da noi curati fino alla scomparsa delle dette forme non solo, ma ben anche d'ogni vestigio della cachessia caratteristica, avemmo occasione di rivedere per 2, 3, 4 anni successivi ed anche più e sempre in ottimo stato di salute. È un fatto questo che mi sembra tanto più importante in quantochè noi lo vediamo accadere troppo di raro negli adulti, in individui cioè che attaccati dalla sifilide a organismo già completo e robusto, pare dovrebbero liberarsene più facilmente e più prontamente.

« Egli è dunque provato « scrive il Rollet, che la sifilide « congenitale non guarisce meno radicalmente della sifilide « acquisita; si potrebbe anche dire che le recidive sono più « rare nella prima e fondarsi precisamente sulla rarità degli « accidenti terziari nella fanciullezza. »

Della sifilide infantile acquisita (per allattamento, comunione d'utensili da bocca, ecc.) ancor meno dirò, per essere dessa affatto simile nelle sue manifestazioni e nel modo di comportarsi a quella che si riscontra negli adulti. Circa la forma primitiva (che nella acquisita non manca mai a differenza della ereditaria ove invece non esiste mai) ben di raro si ebbe opportunità di constatarla, visto che per solito le balie ricorrono al medico solo quando vedono da molto tempo piaghe e croste (forme generali precoci) succedersi a vicenda sul corpo del bambino. Le lesioni successive della bocca, così come nella ereditaria, constatammo rare nei bambini in confronto degli adulti, e ciò forse per l'istesso motivo che preserva quasi sempre le donne e gli uomini che non fumano da quelle stesse forme boccali che noi vediamo invece sì frequente nei fumatori o nei masticatori di tabacco, vo' dire la continua irritazione della mucosa boccale pel lungo uso della nicoziana. Non riscontrammo mai quelle forme tardive che sono abbastanza comuni negli adulti, quali le lesioni delle ossa, gomme del cellulare sottocutaneo o sottomucoso, orchiti gommose, tubercoli superficiali e profondi, eccezion fatta per quest'ultimi in

un sol caso; e a differenza della ereditaria, la cui epoca di comparsa variò tra le due e le sei settimane, l'acquisita non ebbe nè poteva avere epoca fissa pel suo sviluppo. Parlando poi soltanto della sifilide da allattamento, dirò che bene spesso il bambino resta contagiato anche se non esistono forme secernenti al capezzolo, vista la nessuna cura che le balie hanno nel tener pulite le biancherie e divise le proprie da quelle del bambino, vista l'abitudine di mettere nella propria bocca la pappina destinata all'infante allo scopo d'assaggiarla o raffreddarla, visto infine i continui e prolungati contatti che esistono tra i due individui per tutto il tempo che dura per solito un allattamento, vo' dire un anno.

Vedemmo svilupparsi sotto i nostri occhi una di quelle tante epidemie sifilitiche da allattamento impuro, una volta sì frequenti ed ora fortunatamente rese abbastanza rare dalle grande sorveglianza che gli Istituti di Maternità esercitano sui bambini prima di consegnarli alle balie esterne (1), ed anche un pò dall'allarme che dette epidemie hanno risvegliato ovunque, e che ha avuto per risultato di porre le contadine in guardia contro tal morbo molto più che non per lo passato.

Come al solito, il punto di partenza dell'epidemia si fu un bambino affetto da sifilide ereditaria proveniente dalla città e consegnato per l'allattamento mercenario ad una balia di Bareggio. In breve tempo il bambino ammalò e morì; ma nel frattempo egli aveva comunicata la malattia alla propria balia, che alla sua volta l'aveva comunicata a qualch' altro bambino per la cattiva abitudine di queste donne di dare a vicenda il proprio seno ad altri bambini, sia per scarsezza di latte, sia per occupazioni pressanti che le chiamano altrove. Naturalmente quest'ultimi bambini avevano essi pure alla lor volta infet-

(1) Pochi anni or sono in qualche Istituto di maternità s'aveva ancora l'uso di consegnare alle balie da villaggio tutti quei bambini che giunti all' *ottavo giorno di vita* non presentavano sintomi di sifilide. Ora tal termine è di molto protratto e i vantaggi sono molto sentiti.

tate le proprie balie, e per lo sviluppo successivo delle manifestazioni secondarie in queste ultime, anche i mariti avevano contratta la malattia a mezzo del coito; qualche ragazzetto s'ammalò pure per forma primitiva alle labbra in seguito a comunione d'utensili da bocca, e fu solo alloraquando viddero la malattia estendersi rapidamente da famiglia a famiglia e non risparmiarvi nessun individuo, che le balie per le prime sospettando il genere della malattia, decisero di venire a noi coi loro bambini, più contente di percorrere a piedi la non breve distanza che separa Bareggio da Milano piuttostochè presentarsi al medico condotto per una malattia a loro dire *vergognosa.* È appunto questo malinteso pudore uno dei principali motivi per cui le epidemie sifilitiche da allattamento fanno sì grandi guasti nelle campagne; e se a questo si aggiunge la già ricordata abitudine comune a tutte quante le balie di dare inconsideratamente il proprio seno ad altri bambini e bene spesso anche le scarse cognizioni in fatto di sifilografia della maggior parte dei medici condotti, che non sanno riconoscere fin dal principio i sintomi della terribile malattia, non s'avrà più motivo a meravigliarsi dell' immenso numero di individui infetti di tal modo.

Nel caso nostro quell'istessa lontananza che impedì a noi di conoscere l'estensione della epidemia, trattenne pur molti ammalati dall'approfittare del dispensario, e infatti 13 soli, sul numero totale molto notevole, al dire degli ammalati stessi, figurano sui nostri registri così suddivisi:

N. 5 balie per allattamento;
» 3 mariti pel coito colle anzidette;
» 4 bambini per allattamento dalle stesse;
» 1 ragazzo (11 anni) per comunione d'utensili da bocca.

Ad eccezione di due bambini che morirono in pochi giorni perchè già in preda a cachessia avanzata, tutti gli altri guarirono presto, ed è a sperare che la diagnosi esatta, riportata a casa dai nostri ammalati, abbia bastato ad illuminare anche i loro compagni di sventura sull'entità della malattia, e sulla necessità di sottoporsi ad un regolare trattamento.

Elenco delle operazioni eseguite dal 1866 al 1872 (1).

(2) Operazione di fimosi	per fimosi congenito o acquisito	52
	per parafimosi	7
Uretrotomia del meato		18
Uretrotomia interna		2
Uretrorafia		1
Cauterizzazioni dell'uretra colla pietra gommosa . . .		8
Iniezione profonda uretrale di nitrato d'argento . . .		15
Cauterizz. col porta-caustico Lallemand o Mercier	dell'uretra profonda . .	9
	del collo vescicale . .	19
(3) Cauterizz. della prostata col porta-caustico Mercier	per iperemia	2
	per ipertrofia	2
	per spermatorrea . . .	6
Applicazione dei dilatatori uretrali		73
Siringazione di gravi stringimenti per evacuare le orine		3
Iniezioni intra-vescicali		25
(4) Litotrizia e uretrotomia del meato		2
Puntura di idrocele		41
(5) Iniezione d'alcool per idrocele		4
(6) Operazione del varicocele (sistema Vidal)		8
Cauterizz. col fuoco di ulceri cronici, o gangrenosi o di adeniti strumose		6
Iniezioni ipodermiche mercuriali		64
Siringazioue dei dotti salivali		4
Escavazione di ossa cariate o necrosate		12
Stafilorafia		1
(7) Tonsillotomia		8
(8) Esportazione d'un piccolo labbro affetto da elefantiasi .		1
(9) Esportazione d'un cancro della ghiandola vulvo-vaginale		1
(10) Esportazione di polipo	uretrale	1
	uterino	4
(11) Amputazione del labbro posteriore uterino		1
(12) Amputazione del collo uterino		1
(13) Incisione di tumori fibrosi uterini		14
Iniezioni intrauterine		21
Cauterizzazioni col caustico attuale del collo uterino .		1
Esportazione d'una grossa vegetazione coll'écraseur .		1
(14) Operazione della fistola all'ano		1
(15) Rettotomia per stenosi multipla		1

(1) Queste cifre rappresentano soltanto il numero degli ammalati, su cui si eseguì la tale o tal'altra operazione, non importa se questa sia stata ripetuta altre volte sullo stesso individuo.

(2) Una di queste operazioni (della quale non è fatto cenno nell'apposito capitolo: fimosi) fu eseguita al solo scopo di togliere una grave deformità risultante dalla perforazione del prepuzio nella sua parte anteriore, attraverso alla quale il glande era completamente fuoruscito. Causa di detta perforazione era stata un'estesa escara che interessava tutto lo spessore del prepuzio, e che s'era manifestata durante un ileo-tifo a lungo decorso.

(3) Sulla preferenza che in tali casi si deve accordare al porta-caustico Mercier in confronto di tutti gli altri stromenti di simil genere, vedi il capitolo: cistite. Dei sei affetti da spermatorrea, tre guarirono perfettamente colla sola medicazione caustica; negli altri tre s'era dato mano anche alla cura ricostituente; ma, come accade sovente nelle ambulanze, non avendosi avuto un immediato vantaggio, gli ammalati si assentarono prima che la guarigione fosse assicurata.

(4) Nel primo caso l'esplorazione uretrale dinotò la presenza d'un piccolo calcolo impegnato nella porzione prostatica del canale; non essendo possibile estrarnelo a mezzo delle solite pinzette in causa della sua grossezza e della sua ubicazione profonda, fu respinto in vescica, e in una sola seduta venne finamente frantumato a mezzo d'un litontritore di media grossezza. Una gran parte sortì fra le branche dello stromento, il resto a poco a poco nell'atto della minzione, e dopo 15 giorni le orine s'eran fatte normali e l'ammalato veniva dimesso perfettamente guarito, non avendo avuto nemmeno il più lieve accesso febbrile. Nel secondo caso (previa come nell'altro l'uretrotomia del meato perchè non era possibile il passaggio del litontritore) un piccolo calcolo del diametro d'un centimetro circa e d'una discreta durezza, richiese tre sedute di litotrizia a giorni alterni; i frammenti furono evacuati a poco a poco colle orine sotto forma di terriccio, e dopo 30 giorni all'esplorazione non si riscontrava più traccia di calcolo, e le orine s'eran fatte limpide; vi fu qualche accesso febbrile di poco conto combattuto col chinino.

(5) Un medico francese, M.r Monod, a vece delle iniezioni iodiche per la cura radicale degli idroceli cronici, propose le piccole e ripetute iniezioni d'alcool a mezzo della siringa di Pravaz, allo scopo di ottenere la guarigione radicale senza grande reazione alla loca-

lità, e quindi senz'obbligare al letto gli ammalati. Egli non evacua completamente la vaginale, ma estrae solamente una quantità di siero corrispondente alla quantità d'alcool che intende iniettare (per solito 1 grammo per volta) e assicura che a poco a poco lo siero viene riassorbito, nel mentre le due pagine della vaginale fanno adesione fra di loro, come si crede in diritto di supporre vista la stabilità della guarigione. — Noi esperimentammo tal metodo su 4 ammalati, e in 3 di essi i fatti diedero completamente ragione all'autore di detto metodo; la reazione fu ben poca cosa, e la guarigione pronta. Del quarto non possiamo dir nulla, perchè non ricomparve più all'ambulanza dopo le prime iniezioni.

(6) Sono otto operazioni stupendamente riuscite sia per l'atto operativo in sè stesso che per i risultati ottenuti, vale a dire nessuna comparsa di febbre, risipola, ecc., cessazione istantanea e stabile delle nevralgie spermatiche, e ritorno del testicolo già atrofico allo stato primitivo, come si potè constatare anche 3 o 4 anni dopo la data dell'operazione. (Vedi « Della cura radicale del varicocele secondo Vidal de Cassis », dott. Amilcare Ricordi 1872. Estratto dalla Rivista di Medicina e Chirurgia, fascicoio di giugno 1872, del cav. G. B. Soresina).

(7) Quasi tutte per iperplasia da infezione sifilitica, sia perchè la malattia imbarazzava la respirazione o la deglutizione, sia perchè ribelle alla cura specifica; per solito s'adoperò il tonsillotomo di Fahnestock modificato da Charrière.

(8) Il piccolo labbro aveva raggiunto un volume quintuplo del normale, pur mantenendo la configurazione ordinaria; se ne operò l'esportazione a mezzo della legatura della base.

(9) Non esiste nella scienza altro caso di cancro della ghiandola vulvo-vaginale; il trattato dell'Huguier sulle dette ghiandole, il più recente in materia, non ne fa menzione. — Ecco la storia: B..... Maria, dell'età d'anni 60, di buona costituzione, s'è accorta già da un anno d'un piccolo tumore alla metà inferiore del gran labbro destro che va lentamente aumentando di volume e che da un mese circa s'è esulcerato. All'esame della località si riscontra: estesa ulcerazione alla superficie interna del gran labbro destro in corrispondenza della ghiandola vulvo-vaginale, la mucosa del piccolo labbro è normale e scivola sul tumore sottoposto; nel centro l'ulcerazione s'approfonda a seno fistoloso e da questo geme una materia icorosa, sanguinolenta; l'ulcerazione è rossastra, a fine granulazioni, poco dolente. Il tumore è della grossezza approssimativa d'un uovo di colombo

ed ha la consistenza del tessuto ghiandolare. Agli inguini nulla s'avverte d'anormale; ma la salute generale della paziente è deperita, ed il colorito della cute alquanto giallastro. Fatta la diagnosi di tumore della ghiandola vulvo-vaginale e non escluso il sospetto trattarsi d'un'affezione cancerosa, si pratica un'incisione elittica che interessa tutto il piccolo labbro fino alla sua base, colla convessità all'indietro, in modo da scoprire interamente il tumore. Lo si esporta allora non senza qualche difficoltà, essendo la sua base adesa fortemente ai tessuti sottoposti, e si cauterizza il fondo della piaga con nitrato acido di mercurio affine di distruggere quelle piccole porzioni di tumore che vi potrebbero essere rimaste. Queste cauterizzazioni vengono ripetute per vari giorni sempre all'istesso scopo, e due mesi dopo la piaga è completamente cicatrizzata, non senza l'inevitabile deformità d'una cicatrice molto depressa. L'analisi microscopica del pezzo esportato confermò i nostri timori, e mise in chiaro trattarsi d'un cancro della ghiandola vulvo-vaginale. — Si sarà desso riprodotto?

(10) Dei quattro polipi uterini, tre furono esportati con una forbice a cucchiaio; il quarto molto voluminoso, peduncolato e proveniente dal fondo dell'utero esportato a mezzo dell'écraseur, dopo d'averlo ben bene stirato all'infuori mediante una pinzetta dentata.

(11, 12) Il solo labbro posteriore nel primo caso, tutto il collo nel secondo, erano di molto aumentati di volume e lunghezza (6 centim. quello, 2 1|2 questo) in seguito a ripetute metriti: se ne operò l'esportazione a mezzo di forbici a cucchiai; nessun incidente nè durante nè dopo l'operazione.

(13) Di questi casi interessantissimi intende parlare il dottor Ricordi in apposita memoria. Mi limito quindi a dire che il sistema delle incisioni multiple e profonde adoperato su vasta scala nella cura dei tumori fibrosi uterini riuscì stupendamente; le profonde linee cicatriziali che ne erano la conseguenza e che intersecavano il tumore in vari sensi servirono mirabilmente non solo a porre un argine ad un ulteriore sviluppo, ma fors'anco, per la loro forza di retrazione, a portare l'atrofia della porzione esistente; aggiungi a questo la suppurazione delle singole ferite, che, per poco durasse, bastava per distruggere essa stessa una discreta porzione del neoplasma. Siccome poi la maggior parte dei tumori uterini (parlo di quelli passibili di cura) è situata nel punto di congiunzione del collo col corpo del viscere, ed ha quindi per effetto immediato di restringere il canale cervicale, così si

faceva quasi sempre precedere alle dette incisioni l' applicazione di piccoli coni di *spugna preparata* allo scopo di dilatare il detto canale e rendere quindi possibile e comoda l' introduzione della lama bottonuta dell'isterotomo del dott. Ricordi. Quasi mai s'ebbe a lamentare la tanto temuta colica che pur qualche volta accompagna detta applicazione.

(14) La si tentò dapprima colla galvano-caustica; ma non avendosi in pronto l'apposito apparecchio, ed essendo insufficiente quello adoperato, se ne operò la spaccatura a mezzo del bistorì.

(15) (V'era anche una fistola che metteva in comunicazione diretta la forchetta colla parte estrema del retto). Lo stringimento rettale fu addebitato ai numerosi ulceri venerei che la paziente disse aver avuto alla forchetta qualche anno prima, e che appunto per la loro sede è perfettamente logico il supporre si sieno approfondati fino al retto stabilendo così l'anzidetta fistola e lo stringimento intestinale quale necessaria conseguenza del processo cicatriziale. Situato appena al disopra dell'orificio anale, lungo 6 centim. circa, rugoso, irregolare, resistente e capace appena d'un mignolo, lo stringimento venne tolto a mezzo di varie incisioni eccentriche fatte con un bistorì bottonuto, avendo cura di introdurre subito dopo un grosso tampone di filaticcio imbevuto di percloruro di ferro, al doppio scopo e di impedire la immediata riunione delle ferite, e di far cessare l' emorragia che si presentava abbondante. Una sola seduta bastò a raggiungere la voluta dilatazione e quindi la immediata scomparsa della difficoltà della defecazione; ma è a dubitare seriamente che non avendosi potuto insistere per un certo tempo nell'uso dei tamponi (l'ammalata non essendo più ritornata) lo stringimento non siasi in breve riprodotto. La donna in quistione non ebbe mai a soffrire nè d'ascessi nè di blennorragie anali, nè d'altro che si potesse ritenere causa dell' alterazione intestinale.

Due casi di psichiatria legale.

I.

Rapporto medico-legale sullo stato di mente di Carlo M. imputato di uxoricidio,

dei dottori S. BONOMI *e* A. FUMAGALLI.

Con ordinanza 12 marzo del signor Giudice istruttore presso il R. Tribunale di Como, cav. Landi, i sottoscritti vennero incaricati di rilevare lo stato di mente di Carlo M., barcaiuolo e mercante di porci, di Domaso, detenuto nelle carceri criminali (1), e ciò allo scopo di determinare « in « quale stato si trovasse nel giorno in cui ebbe a ferire la « moglie, se cioè in uno stato di assoluta pazzia o di mor- « boso furore, tale da renderlo non imputabile dell'azione, « oppure si trovasse in uno stato di pazzia o di furore o di « altra morbosa affezione che, sebbene non in tal grado da « togliere ogni responsabilità, pure fosse atta ad offuscare « l'intelletto ed a scemare la cognizione delle sue azioni, od « infine se si trovasse nella pienezza della sua mente per « modo da potere apprezzare e prevedere le conseguenze del « proprio operato. » I sottoscritti onde esaurire conscienziosamente e in base ai dettami della scienza il loro mandato, presa che ebbero cognizione degli atti del processo, non che delle risultanze degli atti assunti nuovamente dall' ufficio di istruzione, esaminato ripetutamente in carcere l'imputato, ed essendosi informati di tutte le circostanze che precedettero, accompagnarono e susseguirono il reato, poterono raccogliere elementi più che sufficienti per formarsi un criterio sulle condizioni fisiche e morali del M., ed esposero il risultato delle loro indagini nel seguente rapporto.

(1) Il M. era già stato tradotto in giudizio davanti la Corte d'Assisie del febbraio p. p. ma, essendo sorti dei dubbi sull'integrità delle sue facoltà mentali, venne rimandato il processo alla susseguente sessione.

Il M., è un individuo sulla quarantina, di abito di corpo bastantemente robusto, di temperamento bilioso, che non ebbe mai a soffrire malattie di rilievo, tranne qualche febbre ad accesso, d'indole evidentemente miasmatica, e delle emicranie, che non gli toglievano però di attendere alle sue occupazioni. Esaminato il capo, ne furono trovate regolari le dimensioni (1), come normale altresì lo stato delle papille e del fondo dell'occhio, ove non si ebbe a riscontrare alcuna di quelle deviazioni e di quelle tinte da cui è dato sospettare qualche alterazione della sostanza encefalica. Di carattere per natura cupo e irascibile, il M. si faceva più violento non appena fosse preso dal vino, nel quale stato egli non esitava a trascendere ad ingiurie contro le persone più rispettabili, avendo più volte in pubblico espresso minaccie ed essendo trascorso a vie di fatto contro la moglie. Per quante indagini si siano praticate, non si è potuto rilevare che egli abbia mai dato il menomo indizio di alterazioni dell' intelligenza e della sensibilità, in ciò solo concorrendo tutte le testimonianze nel dichiararlo uomo pericoloso e da evitarsi per la violenza del carattere, reso più brutale quando alterato dal vino, del resto quando in istato normale fornito di attività e di bastante intelligenza. Importando conoscere se per caso non si celasse qualche germe di pazzia in famiglia, si procurò di assumere le più minute informazioni anche dalle persone più competenti: nulla però si potè rilevare che dasse indizio d'una labe gentilizia, i genitori essendo morti di malattie comuni, senza che mai avessero dato segno di nevropatie o di alterazioni mentali, i fratelli e le sorelle trovandosi tutti nelle condizioni fisiche e psichiche le più normali, tranne una sorella, morta di tisi a vent'anni, che era idiota, circostanza questa non rara a riscontrarsi negli abitanti delle nostre prealpi, e che non esclude per questo la piena intelligenza negli altri membri della famiglia. Se nulla da questo lato si potè riscontrare di anormale, lo stesso non potrebbesi dire dell'ambiente morale

(1) Circonferenza cent. 54; curva longitudinale cent. 30, trasversale 28, diametro antero-posteriore cent. 18, biparietale 14 1/2, frontale 12.

in cui il M. è cresciuto, avendo il padre subito condanne per furto e ricettazione dolosa, mentre dei fratelli uno disertava dalle bandiere per arrolarsi nel Messico, donde fu riconsegnato per cura del Governo francese, l'altro riparava in Isvizzera, lasciando nel più completo abbandono moglie e figli. Pare quindi che il M. non trovasse negli esempi domestici quel freno indispensabile per moderare un carattere per natura aspro, ombroso, accensibile, nè è da stupirsi se, privo com'era di quel senso morale che è un portato dell' educazione e del sentimento religioso, si lasciasse trascinare dalle passioni, rese ancor più cieche dai fumi del vino, ad atti di brutalità e di violenza.

Nulla quindi dall' esame retrospettivo ci fu dato riscontrare che potesse metterci sulle orme, non che d' una alterazione, d'una predisposizione a malattie od alterazioni mentali: importa ora rilevare se dalle circostanze che precedettero ed accompagnarono il reato si possano raccogliere indizii più fondati d' una lesione tale delle facoltà della mente da privarlo della conoscenza e responsabilità delle proprie azioni. Reduce il M. dalla milizia, or fanno dodici anni, si univa in matrimonio con una ragazza del suo paese, che tutti unanimemente dichiarano dotata di ottima indole, affezionatissima ai figli e al marito. Nei primi anni nulla sorse a intorbidare la pace coniugale, nè fu che da due anni che l'animo del M. cominciò ad essere martellato da sospetti sulla fedeltà della moglie, senza che la condotta della donna avesse mai dato il menomo appiglio per avvalorarli, essendosi dessa mostrata sempre premurosa tanto pei figli che pel marito, di cui anzi tollerava senza muover lamento le stranezze e cercava alla meglio di nascondere i torti e le sevizie. Tant'è che il M. non mancava, massime quando esaltato da più copiose libazioni, di vituperarla anche in pubblico, rinfacciandole che i figli non gli rassomigliassero, di trascurare la famiglia, di prostituirsi, senza formulare mai un fatto sul quale basare le accuse: nè mancarono occasioni in cui, abbandonandosi alla violenza della passione, o abbrutito dal vino, trascese a vie di fatto verso la moglie, la quale dal suo canto pregava il medico di tacere onde non arrecare pregiudizio al marito. Risulta dalla depo-

sizione d'un testimonio come una sera il M., essendo come di solito ubbriaco fracido, afferrato un falcetto si slanciasse contro la moglie, la quale riusciva a stento a salvarsi barricandosi nella sua camera, donde non potè uscire se non quando, svampati i fumi del vino, il marito se ne andò la mattina pei fatti suoi, dimentico affatto delle ingiurie e delle minaccie alle quali si era abbandonato tutta la notte. E qui si noti come il M. lasciasse altresì travedere una tendenza al suicidio, avendo fatto due tentativi, o per dir più giusto due mostre di suicidarsi (l'una attaccandosi con una sciarpa ai piedi d' una vite, l'altra sciogliendo la fasciatura d' un salasso), sempre però alla presenza di testimonii, i quali non poteano tardare a soccorrerlo, e di cui anzi invocava il soccorso, quindi più coll'idea di cattivarsi l'altrui compassione sui pretesi dispiaceri domestici, di quello che col deliberato proposito di metter fine ai suoi giorni. Chi vuol suicidarsi davvero non ne parla, non ne fa pompa, ma va dritto al suo scopo; d'altronde ove lo avesse voluto non gli sarebbero certamente mancati i mezzi, nessuno ignorando, e noi medici di manicomi meno di ogni altro, come per quante precauzioni si prendano, nulla valga a prevenire il suicidio in chi sia deliberato di finirla colla vita, qualunque poi siano i motivi che lo spingano a tale disperata risoluzione.

In tutti questi fatti noi vediamo il M. dominato da una passione prepotente, tenace, cruciante, come la *gelosia*, passione che invece di svampare come le altre, trova alimento e si inasprisce col tempo (1), lo vediamo in balìa del suo carattere brutale, che non ha legge nè freno, reso più violento dal vino che ne esaltava gli istinti cattivi, rinfocolando quei rancori che nel suo interno fermentavano sempre, aizzati forse

(1) Qualcuno dei lettori si ricorderà del famoso sonetto del Della Casa sulla *gelosia*

« Cura che di timor ti nutri e cresci », ecc.

Shakspeare la definisce: qual mostro dagli occhi verdi che produce l'alimento di cui si nutre.

« It is the green eyed monstor » etc.

dalle insinuazioni e dai frizzi di qualche tristo compagno: in tutto ciò sono evidenti le conseguenze della passione e della violenza, che informano tutto il suo carattere, non già i segni e gli effetti d'una alterazione mentale qualsiasi. Bisogna persuadersi che la pazzia non è, come taluni vorrebbero, qualche cosa di vago, di indefinito, un *nescio quid*, una entità ideale sulla quale il giudizio del medico non è che arbitrario; essa, come qualunque altra malattia, ha forme distinte e spiccate, che concedono di determinarne i caratteri, di constatarne l'indole, le cause, il decorso: non bastano per costituirla alcuni atti psichici isolati, ma è d'uopo che questi col ripetersi, colla loro durata e intensità, assumano aspetto decisamente morboso, tale da poterli elevare al valore di sintomi. Ora è costante che le violenze commesse dai pazzi lo sono o sotto l'influenza d'un vero delirio, o sotto la pressione di allucinazioni sensorie, le quali non controllate dalla ragione li spingono ad atti insani. Nulla di tutto ciò si è verificato nel M. il quale anzi, al dire di tutti, si è mostrato mai sempre nel pieno possesso delle sue facoltà, senza aver mai dato alcun indizio di alterazione della mente nè di aberrazioni della sensibilità.

Ma è tempo omai di passare all'esame del fatto criminoso. Se si tien dietro al M. nelle varie fasi del reato si riscontra nella sua attitudine pria del delitto, nel modo di compierlo, nella sua condotta dopo commesso, la coscienza e la libertà dei suoi atti, senza che sia dato rilevare alcun segno di aberrazione mentale, tale da privarlo dell'uso della ragione, e da trascinarlo ad atti insani. La domenica 24 agosto fu visto il M. girellare pel paese solo e più concentrato del solito; entra in un'osteria ove sosta qualche momento senza bere, mostrandosi sopra pensiero e pronunciando parole che lasciavano travedere qualche reo proposito: l'ostessa dichiarava esserle parso già alterato dal vino, il che egli nega, come lo negava anche la moglie nel suo costituto. Fatto è che nel pomeriggio tenta in casa di strozzare la moglie; non riuscitogli il colpo, ed essendosi questa riparata in casa di una zia, la induce a ritornare al proprio domicilio, ove afferrato un coltello da lui affilato il dì prima la ferisce di più colpi al petto, la getta a

terra, calpestandola con pugni e calci (1). Che mai era avvenuto in quel mentre per spingerlo a tale eccesso? Il M. asserirebbe che la moglie in un impeto di sdegno gli avea dato uno schiaffo, e che egli reso cieco e furibondo, dato di piglio a un coltello avea menato giù colpi senza sapere che si facesse; la donna invece nega di averlo provocato, e depone che il marito, girandole di dietro, la feriva proditoriamente, senza che essa, avendo in braccio il bambino cui dava il latte, potesse ripararne i colpi.

Commesso il misfatto il M. fugge subito di casa, mettendosi le mani nei capelli, gridando che corressero ad *aiutare il bambino*, perchè la *moglie gli avea tolti i sentimenti*, prende la via dei monti, vagando da un fienile all' altro, incerto se dovesse costituirsi all' autorità ovvero riparare nella vicina Svizzera. E qui si noti che l'omicida, quando pazzo, rimane di solito presso la sua vittima, non cerca di fuggire, meno poi pensa a palliare il delitto, ma espone con ingenuità e spontaneamente tutte le circostanze del fatto. Essendosi il M. imbattuto in un conoscente, ai rimproveri che questi gli fa, scoppia in lagrime, si dice uomo perduto, chiede notizie della moglie, unicamente per risolversi sul da fare, se o no consegnarsi, chiede al compagno che lo uccida non avendone egli il corraggio. Essendosi deciso a consegnarsi, ritorna in paese, scambia colla massima indifferenza qualche parola colle persone in cui si imbatte, sale sul battello, senza dare il benchè menomo indizio di commozione o di esaltamento.

E, valga il vero, non sarebbe concesso attribuire a una lesione dell'intelligenza od a morboso furore quanto non fu che il risultato di un carattere cupo e violento, esasperato da una passione cieca è vero e rodente come la gelosia, ma che è pur sempre una *passione*, senza che sia lecito scambiarla col delirio. Si vorrà forse assimilare la passione alla pazzia? Nol crediamo: le passioni quando violente commovono l' intelligenza, la offuscano, ma non la annientano, ponno trascinare

(1) Infatti, più che le ferite al torace, causa della morte fu la entero-peritonite provocata dai colpi e contusioni all' addome, come risulta dal verbale dell'autopsia.

l'uomo a risoluzioni estreme e al delitto, senza lasciar nel cervello uno stigma patologico: si studiino nel loro germe e si vedrà che non sono impulsi tirannici, che non trascinano irresistibilmente la volontà, e che se esaltano pel momento la ragione, non la distruggono per questo. Non è vero che fra passione e pazzia non vi sia che una semplice gradazione; fra l'una e l'altra avvi una linea più o meno spiccata, che il medico può riconoscere e che dee rispettare: la passione è uno stato ancor fisiologico, mentre la pazzia è uno stato assolutamente morboso, è una malattia. L'uomo potrà lasciarsi trascinare dalla collera, acciecare dalla gelosia, non sarà pazzo per questo e conserverà l'intiera responsabilità delle sue azioni. Ove si volesse confondere il trasporto della passione col delirio, si finirebbe a dare l'impunità ai più grandi misfatti, a trovare una scusa al delitto nelle condizioni del delitto stesso, e a sconvolgere l'ordine sociale, dandolo in balìa agli istinti più corrotti e selvaggi.

Detenuto in carcere sin dall'agosto il M. ha goduto sempre di ottima salute, nè i custodi, nè i condetenuti rilevarono mai in lui il menomo atto che potesse lasciar dubitare dell'integrità della sua intelligenza: pare solo che soffrisse d'insonnio, sebbene i guardiani non l'abbiano rilevato, cosa del resto non improbabile in individuo su cui pesava una accusa sì grave. Interrogato da noi, la prima volta ci volle far credere di aver perduta la memoria delle circostanze più volgari, di non capire le domande che gli si dirigevano, studiando le frasi, mostrando quella esitanza e smemorataggine di cui sanno valersi i simulatori, ma che è facile smascherare, appunto perchè va al di là della misura, e manca di quella logica alla quale anche i pazzi ubbidiscono. Chiesto sui particolari del fatto, cercò di scusarsi, gettandone la colpa sulla moglie, che prima colla sua condotta gli avea tolta la pace, poi colle provocazioni gli avea fatto perdere momentaneamente il senno. Nei successivi interrogatori egli, deposta ogni arte, ben altro che inebetito, evase con coerenza e chiarezza alle nostre domande, dando piena contezza e della sua vita anteriore e delle circostanze del reato, intorno alle quali non fece che ripetere le solite scuse che pareano in lui stereotipate. In somma per

quanto si sia cercato di interrogarlo e di esaminarlo sotto ogni aspetto, noi non abbiamo riscontrato nella sua attitudine, nelle sue condizioni fisiche e psichiche, il menomo elemento per cui poterlo fondatamente ritenere come pazzo.

Noi abbiamo cercato di investigare con cura scrupolosa la vita del prevenuto, ne abbiamo analizzato gli atti anteriori, le particolarità del carattere, le circostanze che precedettero e accompagnarono l'atto criminoso: abbiamo rilevato come il delitto da lui commesso non fosse un fatto isolato, istantaneo, ma bensì legato a passioni, ad idee da lui a lungo covate; ne abbiamo cercato i motivi, e li avressimo trovati tanto nel suo carattere violento e nell' esaltamento in lui indotto dal vino, quanto nella passione da cui era dominato: procedendo più oltre si è visto come il M. nel compimento del misfatto abbia messo un'arte che farebbe travedere una premeditazione non compatibile con un accesso di delirio violento, come abbia subito cercato di sottrarsi, nè abbia mancato di addurre pretesti onde diminuire se non altro la sua responsabilità; seguendo questo filo, per quanto si siano analizzate le circostanze del fatto e le condizioni fisiche e morali dell'imputato, non ci fu dato ricavarne elementi bastanti per poter dichiarare che il M. fosse privo della coscienza di sè, e del lume della ragione, ed abbia agito sotto l'impulso irresistibile d'un morboso furore. Hannovi casi invero in cui l'atto stesso costituisce una delle manifestazioni principali della pazzia, anzi l'elemento più spiccato pel quale caratterizzarla: ma questo non è il caso, nulla essendosi riscontrato che valga a dare indizio di un delirio sia pur momentaneo, mentre invece è facile rilevare nelle circostanze che precedettero il fatto i motivi che lo provocarono, e ravvisare nelle cautele adoperate per fuggire e scusarsi i segni d' una mente esagitata è vero da una passione, ma fornita della cognizione dei suoi atti. Essendo la pazzia costituita da un insieme di fenomeni morbosi che si succedono e si completano, dee ritenersi come uno stato patologico il quale nulla può avere di istantaneo, di transitorio, e che è dato al medico di constatare nelle sue cause e nei suoi effetti come lo si fa con qualsiasi altra forma di malattia. Non avendo potuto riscontrare nel M., nè

prima nè dopo di aver commesso il reato, segni sicuri e marcati di lesione fisica e di alterazione mentale, non ci è nemmeno permesso ritenere che esso possa essere la conseguenza d'un accesso di mania istantanea, di cui mancherebbero i caratteri e gli elementi causali.

Ad evasione quindi dell' incarico ricevuto, e in base alle indagini da loro compiute, i sottoscritti credono di poter coscienziosamente dichiarare:

1.° che il Carlo M. il giorno 24 agosto 1873 non trovavasi in uno stato di assoluta pazzia o di morboso furore tale da renderlo non imputabile dell'azione;

2.° che egli non si trovava in istato di pazzia, nè di furore, nè d' altra morbosa affezione la quale fosse atta ad offuscare l' intelletto ed a scemare la cognizione delle sue azioni;

3.° che il M., sebbene si trovasse in istato di poter apprezzare e prevedere le conseguenze del proprio operato, ciò non ostante dovea trovarsi in tale stato di eccitamento, indotto da una passione così grave come la gelosia, da diminuire di qualche grado la gravezza del reato e meritargli qualche indulgenza.

Como, lì 26 marzo 1874.

Dott. *S. Bonomi*
Medico Direttore del Manicomio Prov.
Dott. *A. Fumagalli*
Medico Aggiunto.

N.B. In base al verdetto dei giurati la Corte condannava il M. a 15 anni di custodia.

II.

Giudizio medico-legale sulle condizioni di mente di Mauro B., imputato di tentato omicidio,

del dott. S. BONOMI.

In evasione all'ordinanza 20 corrente dell'egregio Giudice istruttore cav. Landi, mi fo sollecito di rassegnare a codesto

R. Tribunale il risultato delle mie indagini sulle condizioni mentali di Mauro B., già guardia daziaria, imputato di avere il giorno 17 aprile, trovandosi sul battello a vapore, gettato nel lago il nominato Ignazio Bonfanti, di Brivio, soldato di seconda categoria.

Udita la relazione del fatto, e delle particolarità che lo accompagnarono, che del resto collimavano con quelle comunicatemi da un amico, che ne era stato involontario spettatore (1), mi recai nelle carceri onde passare all'esame dello stato fisico e psichico dell'imputato. È il B. un uomo sui trent'anni, aitante della persona, di colorito però giallastro, con polsi lenti, caratteristici degli individui affetti da vizio emorroidario o da ostruzioni viscerali, tardo negli atti e nelle risposte, con uno sguardo incerto e dimesso. Richiesto degli antecedenti, rispose essere nativo di Montecchio, su quel di Reggio, di professione muratore; il padre moriva di piaghe alle gambe, essendo egli ancor fanciullo, la madre è tuttora vivente. Passò alcuni anni nella milizia, ove non ebbe a subire che lievi castighi per mancanze alla disciplina: compiuta la ferma, arrolavasi come guardia daziaria in Como, rimanendovi due anni, scorsi i quali volle uscirne volontariamente per soprusi e ingiustizie che asseriva di aver subìto dai suoi superiori, massime da uno verso il quale a torto od a ragione nutre un astio speciale, ritenendolo come causa prima dei suoi mali. Tutto ciò il B. mi andava esponendo colla massima calma e colla più perfetta coerenza di idee.

(1) I passeggeri che si trovavano quel giorno sul piroscafo, mentre se ne stavano ammirando le bellezze del nostro lago, furono funestati dalla vista d'un individuo il quale, balzando a un tratto da un angolo ove se ne era stato sin allora rincantucciato, urtava e gettava nel lago un inoffensivo soldato, scagliandovisi poscia egli stesso. Essendo ambedue per buona ventura abilissimi nuotatori, si viddero in breve emergere dalle acque, tanto che a nuoto poterono raggiungere un barchettaiuolo che non tardava a raccoglierli. Non appena in salvo, ecco sorgere una nuova colluttazione fra i due individui, uno dei quali si slancia dalla barca, e raggiunge a nuoto la spiaggia di Cernobbio, ove veniva arrestato da un drapello di doganieri.

Interrogato sulle circostanze che precedettero e accompagnarono il fatto il B. rispose come, ottenuto il congedo, avesse dovuto sostare tre o quattro giorni a Como presso un fratello per ritirare un passaporto per l'estero, contando recarsi a Baden per lavorarvi del suo mestiere. Non appena salito sul vapore, gli parve che tutti gli occhi fossero rivolti su di lui, che i passeggeri lo insultassero, minacciassero di condurlo in prigione, e ne udiva distintamente le voci: sceso finalmente a Colico si affretta a fissare un posto nella diligenza per Chiavenna, ma sborsato appena il denaro si accorge che vari individui lo tengono d'occhio, macchinando fra loro per prenderlo e ammanettarlo. Onde ripararsi dalle loro molestie si decide a passar la notte nella caserma dei carabinieri, coi quali bevette un caffè e un bicchiere o due di vino, non sentendosi lena nè appetito per mangiare. La mattina invece di prendere la via dello Spluga crede più sicuro partito quello di far ritorno a Como: ma posto appena il piede sul battello non tardano a farsi udire di nuovo le voci che lo schernivano, che lo minacciavano, voci che si fecero più uggiose e insistenti al salire che fece sul vapore un drappello di giovani soldati che si recavano a Como per l'istruzione. Dessi, sempre a suo dire, lo insultavano, gli dicevano *va can d' un borlandott*, di modo che stanco, disperato, per togliersi a tanta ambascia, giunti che si fu rimpetto a Cernobbio, presa la rincorsa d'un salto si getta nel lago onde guadagnar la riva e correre a Como. Essendogli mancate le forze si aggrappa ad un burchio, che avea fatto forza di remi per giungere in suo aiuto, ma appena salitovi essendosi accorto che il barcaiuolo lo minacciava, balza per la seconda volta nell'acqua e afferra la riva, dove fu sorpreso dai doganieri e tradotto in carcere.

Chiesto perchè si fosse avventato contro il soldato, egli dichiara di nulla saperne; che forse nell'impeto dello slancio, non badando punto all'ostacolo, avrà potuto urtarlo e fargli perdere l'equilibrio in modo da cader insieme nel Lago, ma che in quel frangente egli avea ben altro in mente che recar offesa ad altri, dovendo pensare a porre in salvo sè stesso. Al postutto non aver mai avuto a che fare con quell'individuo, a lui affatto estraneo e indifferente.

Richiesto del suo stato di salute prima e dopo l' evento, rispose che da qualche giorno, in conseguenza dei dispiaceri subìti, egli senza sentirsi ammalato, non sentivasi bene; l'appetito era affatto perduto, avea un senso di gravedine al capo, da cui non era ancor libero, accompagnato da nausea e rutti; da tre o quattro giorni avea mangiato poco o punto, e la mattina del fatto non avea preso che un caffè e del vino, circostanza confermata dai carabinieri, i quali dichiararono pure come il B. fosse tormentato da idee di persecuzione, nè facesse che lamentarsi. Infine il B. assicurava che le voci eransi andate dileguando, tanto che omai ne avea quasi sgombra la testa.

Recatomi una seconda volta in prigione e trattenutomi a lungo col B. altro non potei ottenere che la conferma di quanto aveva già raccontato, ripetendo il tutto colla calma dell'uomo convinto di dire il vero e di aver fatto nulla di male, senza alcuna di quelle esagerazioni e contraddizioni in cui sogliono cadere di solito i simulatori. Accusò inappetenza, malessere, emicrania, e gli trovai infatti impaniata la lingua e ostrutti i visceri dell'addome.

Onde completare le indagini, non trascurai di chiedere notizie sul carattere e sulle sue abitudini a taluno dei suoi camerata, e tutti convennero nel dichiarare che il B. in fondo era buono, ma un pò eccentrico; duro di cervello, facile a lasciarsi sobbillare dagli altri e a impermalirsi d'ogni ombra; amava il vino senza poterlo dire beone; appena però bevesse più del solito, invece di espandersi, si facea più cupo, diffidente, dispettoso, essendo qualche volta trasceso anche ad insolenze. Tutti ammettevano del resto che avea ricevuto dei soprusi e che non se ne crucciava a torto.

Dal complesso delle notizie sembra naturale il dedurne come il B., uomo bilioso di temperamento, facilmente impressionabile, leso nel suo onore e nei suoi interessi, dovesse di necessità commoversi all'idea di trovarsi solo e senza risorse; la sua mente, debole per natura, non potea resistere all'urto delle idee che di continuo lo angosciavano: si aggiunga che nei beoni sono facilissime a insorgere le allucinazioni dei sensi, le quali anzi costituiscono uno dei segni caratteristici del de-

lirio alcoolico, nè è improbabile che durante i tre o quattro giorni di ozio in famiglia egli abbia cercato di soffocare nel vino i tristi pensieri che lo assediavano: si tenga a calcolo l'astinenza dai cibi in uomo abituato a un vitto lauto, che non potea a meno di esaltare la sua impressionabilità, e sarà facile spiegare la gravedine al capo, l'insonnia, le allucinazioni sensorie che gli facean vedere dovunque visi sinistri e udire voci di scherno e di minaccia, che provocarono un delirio di persecuzione, di cui il decidersi a ritornare a Como, e la risoluzione presa ed eseguita d'un subito di gettarsi nel lago, come l'unica via per liberarsi da tanta ambascia, furono l'ultima crisi.

In questo caso si tratterebbe d'un accesso di *mania transitoria*, di quella forma, cioè, di alienazione mentale nella quale, in un dato momento, un individuo sin allora in apparenza calmo e coerente, per un impulso subitaneo e irresistibile viene spinto a commettere un atto criminoso, di cui la legge non potrebbe ritenerlo responsabile, non avendo egli la volontà e qui nemmeno la coscienza di delinquere. Che se l'atto si può dirlo subitaneo, non si dee per questo ritenerlo destituito dei segni premonitori d'una alterazione mentale, riscontrandovisi e le allucinazioni sensorie che da vari giorni lo dominavano, e le idee di persecuzione indotte e sostenute dai dispiaceri e dalle copiose libazioni, idee di cui si trovano dovunque le orme, e che provocarono la disperata risoluzione che mise a brutto rischio due esistenze.

È ufficio del medico raccogliere e vagliare i fatti da cui è dato ricavarne i criteri idonei a illuminare il giudice nell'applicazione della legge; non è quindi di sua spettanza lo scandagliare la coscienza del B. per vedere se fosse o no sua intenzione offendere il Bonfanti: ciò non ostante dal semplice esame dei fatti non emerge che vi fosse tale un impulso da spingerlo a un simile eccesso, mentre invece nè i due individui si conoscevano, nè aveano avuto durante il viaggio il menomo rapporto: a che gettarlo nel lago, mentre ei pur vi si gettava con evidente pericolo della vita? A che inveire di nuovo contro di lui nella barca, quando avrebbe dovuto provvedere alla propria salvezza? Non si commette un delitto così

grave alla presenza d'una moltitudine di testimoni, a meno che non vi si sia strascinato da una passione prepotente, o non si abbiano motivi fortissimi per commetterlo, motivi che nel caso attuale non sussistevano, non potendosi essere suscitato d'un subito nel cuore del B. un odio così fiero contro il Bonfanti da spingerlo ad attentare ai suoi giorni. Sussistono invece le allucinazioni sensorie, le idee di persecuzione, indotte da cause morali e fisiche, idee e allucinazioni da tutti i psichiatri ritenute come cause predisponenti della mania transitoria, le quali toccato che abbiano il loro acme, coll'opprimere la volontà e renderla impotente a resistere agli impulsi istintivi, devono quasi di necessità determinare l' accesso subitaneo.

Appoggiato quindi ai dettami della scienza non esito a ritenere che il B. commise l' atto di percuotere e gettar nel lago il Bonfanti senza deliberata volontà di nuocere, sotto un accesso di mania transitoria, la quale non fu che una crisi dello stato allucinatorio e delle idee di persecuzione da cui era oppresso, e di cui non si dovrebbe quindi ritenere responsabile. Siccome però sembra che la sua mente non sia per anco sgombra da codeste idee deliranti, e siccome ove fosse restituito in tali condizioni alla società potrebbe ricadere nelle pristine aberrazioni e riuscir di nuovo di pericolo a sè e agli altri, così sarei d'avviso che il B., ove fosse prosciolto dall'accusa, venisse per qualche tempo tenuto in osservazione nel manicomio, donde verrebbe licenziato non appena si fosse sicuri della sua guarigione.

Como, li 30 aprile 1872.

Dott. *S. Bonomi.*

N.B Portato l' affare in Camera di Consiglio, il Tribunale decise non farsi luogo a procedere, ritenendo il B. non responsabile del fatto commesso, e lo fece passare nel manicomio, dal quale venne dimesso dopo un mese di degenza.

Il progetto del Codice Penale pel Regno d'Italia e la Medicina; *pel dott.* ARRIGO TAMASSIA. (*Dal Laboratorio di Psichiatria e Medicina Legale della R. Università di Pavia*).

Sul progetto dell'unico Codice Penale del Regno d'Italia presentato al Senato il febbraio p. p. stanno già addestrandosi gli ingegni dei giuristi. Ciascuno tenero delle proprie teorie applaude, propone correzioni ed innovazioni a quest'opera solenne di civiltà. Che se talora la critica si risolve in aspirazioni impotenti, in un'arte senza scopo e confini, qui può dirsi invece che essa ha un còmpito veramente fecondo, poichè viene ad offrire a cui spetta discutere e approvare la nuova legge l'eco dei molti giudizj, delle varie branche della scienza, onde s'avvicini l'ideale, e si addatti all'Italia, senza lederne le tradizioni, quanto fa negli altri paesi ottima prova. — Noi chiediamo l'ultimo posto in quest'arringo; ma non lo chiediamo colla fidanza del giurista che, sentendosi nel suo campo, scruta i principii onde emerge la legge; ci facciamo innanzi come medici ad esaminare se i voti della medicina furono dal legislatore esauditi, a proporre quelle innovazioni che o scartate od ommesse son raccomandate dalla nostra scienza come opportune e rispondenti ai progressi da essa raggiunti. Non si creda vana o troppo pretensiosa l'opera nostra: è tanto intimo il nesso in certe quistioni tra giurisprudenza e medicina, che questa suole alla prima fornire i dati su cui istituire i gradi di responsabilità, e modificare le forme dei giudizj; non invade quindi il terreno altrui il medico, che su certi punti della legge da sanzionare domanda d'esser ascoltato, ed in ragione della sua debolezza aumenta la propria insistenza. Ci sta troppo viva nell'animo l'acre ironia di Casper contro quei medici che la pretendono a giuristi e fanno pompa di definizioni e di cavilli; noi non indosseremo altra veste che quella del medico, e speriamo di non smarrirci per via. — Ad ogni argomento del progetto che abbia attinenza colla medicina noi esporremo le nostre

critiche, i nostri voti: lo scopo di questo scritto ci scusi della franchezza con cui giudicheremo l' operato degli insigni giureconsulti chiamati alla redazione del codice-progetto.

Età. — Il codice in vigore non ammette che v'abbia una età in cui in linea assoluta non esista imputabilità: ai minori degli anni 14 non riconosce titolo di pena quando siasi dimostrato che essi agirono senza discernimento; ma il giudice può prescrivere che il piccolo reo sia ricoverato in una casa di correzione o di custodia. Lascia quindi il codice stesso supporre che possono esser tratti innanzi ai tribunali *tutti* coloro che sono al di sotto degli anni 14. Il progetto del nuovo codice penale all'incontro sanziona l' assoluta irresponsabilità fino agli nove (art. 66). Ma a noi sembra che l' età della irresponsabilità assoluta debba essere un pò protratta: concedasi pure che nel nostro clima colla vita fisica, la vita della intelligenza precocemente si svolga, che a nove anni possa esser formata una nozione del giusto e dell'ingiusto; ma quest'idea appena appena spuntata è ben lontana dall' esser saldamente affermata; l' istinto, l' egoismo — fatto salutare nei bambini — governano ancora il piccolo uomo. Può dirsi che a nove anni cominci a segnarsi nettamente l' affettività; ma l' affetto risente sempre d'alcun che d'instintivo, di spontaneo ed è ben diverso dall' acquisto del sentimento etico, che racchiudendo l'idea astratta della moralità d' un' azione è un prodotto della riflessione e della esperienza; alla tenera età, scrive Krafft-Ibing, gli elementi dell' io non sonosi ancora trasformati in carne ed in sangue; e la psicologia e la statistica si accordano nell'ammettere che fanciulli al di sotto dei 12 anni non hanno alcuna conoscenza etica dell' importanza dei loro atti. — Noi però, allontanandoci un poco da questo giudizio e dal codice prussiano che stabilisce l' irresponsabilità fino agli anni 12, proporremmo che tenuto calcolo dei vari ambienti, del grado differente di sviluppo, si portasse l' età dell' assoluta irresponsabilità fino agli anni 10 1[2, accostandoci quindi a quanto aveva stabilito la prima Commissione (1867).

Nella graduazione della pena nell' età intermedie tra 9 e 21 anno, si riproducono nel progetto in parte le disposizioni

del codice vigente; e si fissa a 21 anno il punto in cui comincia per l'uomo l'età della piena responsabilità, cioè, dice la Relazione, quando l'uomo è fatto signore della sua intelligenza, e l'età non può per lui essere una circostanza mitigante. — A questo punto però, seguendo il codice prussiano che fissa agli anni 18 il tempo della piena imputabilità, noi esprimiamo il desiderio che si decresca l'età necessaria alla responsabilità assoluta, e la si porti a 20 anni. In Italia puossi asserire che a 20 anni — quando non s'oppongano disturbi fisici, la personalità è compiuta; che se si volesse accordare il grado della responsabilità collo sviluppo fisiologico degli organi, come sembra sia stato il principio direttivo del legislatore, noi non potremmo arrestarci ai 21 anni, ma dovremmo portare il tempo della piena responsabilità fino al 33.°-35.° anno, epoca nella quale tutti i tessuti, ed il cervello specialmente, toccano il colmo della loro fisica evoluzione, e della loro fisiologica attività. — Ma vi ha nel progetto una disposizione assai liberale. Nel codice penale vigente la pena è diminuita d'un grado verso chi compì un reato in un'età inferiore ai 21 e maggiore dei 18 anni, ma negasi tale mitigamento se l'individuo pur versando in quest' età, ei commise delitti previsti dagli articoli 153-154 (regicidio, parricidio, veneficio proditorio, omicidio d' un pubblico funzionario, grassazione, incendio doloso accompagnato da omicidio). Il progetto del codice saggiamente cancella questa disparità di trattamento: se deficienza d'età prova immaturità di giudizio, responsabilità diminuita per un certo ordine di trasgressione, in qual guisa si potrà riconoscere nelle stesse condizioni fisiche e psichiche, una responsabilità piena ed intera per altre trasgressioni sien pur più gravi e minaccianti più davvicino la società? Nel progetto quindi la responsabilità per tutti i reati commessi tra gli anni 18 ed i 21 è egualmente riconosciuta non completa e la pena è alleviata d'un grado.

Non si fa cenno nel progetto, come nel codice penale vigente, d'una diminuzione di responsabilità pella vecchiezza e qui il medico nulla trova d'aggiungere. Potevasi forse, come è scritto in taluni codici, diminuire il grado dell' imputabilità nell' età avanzata: ma nell' età avanzata — a differenza

dell'infantile — è assai vario il grado dell' intelligenza. Troveremo difficilmente giovanetti che a 9 a 12 anni offrano l'intelligenza d'un adulto, mentre troveremo moltissimi vecchi che anche in età inoltrata serbano intatto il vigore della mente; e pei casi di involuzione senile, di deperimento mentale in conseguenza dell' età, potrebbe provvedere l' articolo 63 del progetto che ammette una responsabilità dimezzata, o l'art. 70 che accorda secondo i casi le circostanze attenuanti.

Sordo-muti. — Il codice penale vigente non fissa pei sordo-muti, come per tutti gli individui sani, un'età in cui non esiste imputabilità, poichè tiene parola dei sordo-muti di età minore di quattordici anni: parrebbe dunque che tutti i sordo-muti che non han raggiunto quest'età potessero essere chiamati in giudizio. All'incontro il codice-progetto dichiara non imputabile ogni sordo-muto che non ha compiuto gli anni 14: s' accorda poi al codice vigente nell'ascrivere al sordo-muto una pena, a parità di condizione d' età col sano, sempre minore d' un grado. — Ma secondo il codice vigente avvi pel sordo-muto una circostanza di sommo valore, poichè su d' esso la pena oltre all'aggravarsi secondo l'età, s'aggrava pure d' un grado s'egli nel tempo in cui commise il reato, *sapeva leggere e scrivere*. Stando al codice attuale l' educazione, o meglio il *saper leggere e scrivere*, schiude la mente del sordo-muto in tal guisa da accrescergli coll'aumento dei poteri intellettivi la responsabilità dei suoi atti. Ma quest' era una supposizione assai ingiusta se applicata all' universalità dei casi. Non neghiamo che l'educazione possa allargare l'ámbito delle menti dei sordo-muti, ch' essi coll' apprendere a leggere ed a scrivere si mettano in grado fin ad un certo punto di capire quanto a loro si offre. Ma qual garanzia ci vien data che in *tutti* quelli che sanno leggere e scrivere siasi positivamente operato un miglioramento intellettuale ? Il leggere e scrivere può esser il frutto d' un atto macchinale, quasi automatico, che si apprende col lungo esercizio dei soli strumenti estrinseci della parola, senza che nel produrlo armonizzi il lavoro cerebrale e ad ogni suono proferito scatti un' idea ed altre si ridestino. Ogni idea si annette ad una parola che n' è quasi il

substrato: se manca questo o se il parlare è un atto puramente automatico, sarà sempre incompleto ogni specie di raziocinio che colla parola o collo scritto verrà estrinsecato; manca cioè nel sordo-muto ciò che Jaccoud chiama l'*ideazione verbale*. Leggansi le risposte scritte dai sordo-muti alle domande di Casper (1) e si vedrà quanto sia pericoloso il creder che il saper leggere e scrivere basti alla redenzione intellettuale del sordo-muto. Krafft-Ebing a proposito dell'educazione dei sordomuti dice che giammai l'educazione e l'appreso uso della parola potranno innalzare il sordo-muto al sommo grado della comprensione intellettuale (2), e Casper (3): « ho pur troppo veduto quali ostacoli s' oppongano all' educazione dei sordomuti dalla loro naturale impotenza. » Briand e Chaudé (4) ammettono che quando il sordo-muto col mezzo della scrittura si mise in relazione con tutta la società, non differisce punto dagli altri uomini. Questa è un' asserzione e null'altro perchè scompagnata da prove. — Ora secondando queste osservazioni addotte dalla medicina legale, il progetto non erige a circostanza necessaria di aggravamento di responsabilità il fatto che il sordo-muto sappia leggere e scrivere; esige solo che sia dimostrato che esso agì *con discernimento*. Con questo criterio si potrà nei singoli casi apprezzare fin dove l' educazione, l'aver appreso a leggere ed a scrivere avranno cospirato a rendere il sordo-muto più conscio dei suoi atti, senza stabilire un cánone generale di aggravamento di pena.

Ubbriachezza. — Tutti gli scrittori di medicina legale considerano l'ubbriachezza come uno stadio transitorio d'alienazione mentale, quindi un periodo d'irresponsabilità nell' istante in cui essa governa l' organismo. Ma questa però, a differenza delle vere alterazioni cerebrali, non è quasi mai un fatto spontaneo, indipendente dalla volontà. Havvi a ciò un'unica eccezione, ed è quando accidentalmente ed insciente-

(1) Casper. Med. leg. 1.° vol., pag. 438. Caso N. 190-191.

(2) Krafft-Ebing. Grandzüge der criminal Psychologie. Erlangen, 1872, pag. 26.

(3) Casper. Op. cit., 1.° vol., 342.

(4) Briand et Chaudé, Méd. lég., VI ediz., p. 507.

mente un individuo cade in preda delle sostanze inebbrianti; in tutti gli altri casi è un fatto voluto, libero o perchè l'individuo si piegò ad una funesta abitudine, oppure contrasse l'ubbriachezza allo scopo di attutire i suoi sensi e rendersi durante l'azione più cieco, o mendicò nel vino una scusa pei delitti da commettersi. V'ha quindi pelle conseguenze di questi atti volontari un grado di responsabilità; l'abitudine, pella sua difficoltà ad essere svestita, creerà una circostanza mitigante, nessuna l'ubbriachezza contratta scientemente. — Il codice vigente (art. 95) non teneva calcolo alcuno di queste considerazioni. Il legislatore forse preoccupato dalle sinistre conseguenze dell'ubbriachezza, stabiliva nei casi di reato, una pena estensibile fino agli anni dieci anche per coloro che la contrassero senza deliberato proposito, e non sono soliti ad ubbriacarsi. Così suona la infelice redazione di quest'articolo. L'unico caso di vera alienazione mentale transitoria indipendente dall'individuo e determinata dalle sostanze inebbrianti può dunque esser punito, poichè tale stato di mente non è compreso fra le alienazioni mentali escludenti o mitiganti la responsabilità (art. 94) (art. 95).

Il progetto invece asseconda pienamente i voti della medicina legale; non si incarica come il codice vigente di precisare il grado dell'ubbriachezza, escludendo l'aggettivo *piena*; ed all'articolo 64 pell'ubbriachezza accidentale segna uno stato di mente in cui manca la coscienza delle azioni, ed esclude quindi l'imputabilità : l'ubbriachezza accidentale si mette dal progetto a paro della *mania transitoria*, nella quale per un improvviso e passeggiero sconcerto della mente perdesi la coscienza di quanto si compie. — Che se invece l'imputato aveva contratta l'abitudine dell'ubbriachezza e in tale stato commise il reato, il progetto assegna a lui un grado di responsabilità che si punisce nel caso che l'ubbriachezza abituale abbia tolto totalmente la coscienza con la pena da 1 a 5 anni di carcere, se si tratta di crimini, se di delitti con 4 mesi ad un anno; oppure se quella non tolse che in parte la coscienza, colle pene ordinarie del reato diminuite d'un grado. Finalmente all'ubbriachezza scientemente contratta non si accorda alcuna circostanza mitigante e la responsabilità dell'a-

gente n'è piena ed intera. Rimarrà sempre al medico il còmpito di provare il grado d' ottundimento della coscienza apportato dalle sostanze assunte. — Con queste sagge disposizioni non è neppur tolto lo scopo preventivo, profilattico dell'ubbriachezza, poichè quando si saprà che l'ubbriachezza abituale è sempre punita, s'avrà certo un ritegno a mettersi nel triste pendìo dell'abitudine.

Pazzie. — Non lieve conforto arreca al medico la lettura dell'articolo 62 del codice-progetto riguardante gli stati d' alienazione mentale consacranti l'irresponsabilità. È noto quanti pareri discordi dei medici e dei giuristi generava l' art. 94 del codice vigente. Senza neppur tener calcolo della classica divisione delle pazzie dato da Esquirol, s' era nel codice vigente creata una stranissima classificazione delle malattie mentali (imbecillità — pazzia — morboso furore) che costringeva talora il giudice a condannare il povero alienato che, pelle sue forme mentali, non poteva in questi tipi esser compreso, e costringeva pure il medico ad interpretare, secondo i bisogni del suo malato, le espressioni della legge. Ne soffriva quindi giustizia e la psichiatria in questo affannarsi per trovar nella legge una nicchia all'alienato imputato andava perdendo di fiducia. Classificazioni radicali, naturali, in nessun ramo di scienza sono fattibili e tanto meno nella psichiatria; eppure questa è ricca d'una letteratura che io direi tassonomica: ogni psichiatro foggiasi a modo suo una classificazione e modestamente invita tutti i suoi colleghi a voler riconoscere che la sua è la più perfetta. Ora il legislatore se si fosse attenuto all'antico sistema, quello cioè d'insistere nel fissare le classi delle alienazioni escludenti o scemanti la imputabilità, doveva di necessità esser tratto ad occuparsi anche di questo genere di progresso scientifico e nessuno al certo poteva prevedere quali sarebbero state le classi chiamate all'onore della sanzione ufficiale. Ma invece il progetto abbandona quest' incertissima via; ripudia ogni pretesa di classificare le alienazioni mentali, ma attenendosi al fatto generale, proclama (art. 62) che non avvi reato, allorquando colui che commise il fatto era in tale stato di infermità di mente da non avere la coscienza dei suoi atti; ovvero vi fu costretto da una forza

alla quale non potè resistere. In quest'enunciazione sono quindi compresi tutti gli stati psichici morbosi. Diffatti ciò che importa al giudice non è la forma, ma sibbene l'esistenza reale d'una malattia psichica che acciechi l'intelligenza — Spetterà quindi al medico-perito far diagnosi di questa ed ove lo creda per maggior chiarezza, aggiungerà la famiglia cui la malattia dell'imputato appartiene. Con queste disposizioni legislative il giudice deve accontentarsi delle ultime conclusioni dei periti da lui richiesti, senza ch'egli abbia punto diritto ad immischiarsi nelle discussioni scientifiche, come poteva esigerlo l'art. 94 del codice vigente. — La mala espressione del codice francese e belga permette che all'interpretazione della parola *démence* si rinnovino simili conflitti tra medici e magistrati.

L'articolo 62 del progetto oorrisponde in parte all'art. 51 del codice germanico; ma mentre il codice-progetto circoscrive l'irresponsabilità ai casi di sola infermità di mente, e di forza prevalente, il codice prussiano riconosce l'irresponsabilità anche in certi stadi di *mancanza di coscienza*, pella quale all'agente vien tolta la libertà del volere (1). Il codice prussiano inclina più del nostro codice futuro alla clemenza, poichè fra le condizioni di *mancanza di coscienza* possiamo collocare quei repentini trasporti dell' animo determinati da grandi passioni, da grandi dolori i quali oscurano completamente la mente, senza costituire per questo e per la loro durata e per la loro causa una vera *infermità di mente.* Secondo il progetto, le azioni commesse in questo stato d'animo non potrebbero cadere impunite, nessuno mai potendo medicamente sostenere che l'irrompere degli affetti, delle passioni, possa costituire una vera *infermità mentale.* Noi desidereremmo quindi che si lasciasse campo nel progetto a queste acci-

(1) Riportiamo qui a maggior chiarezza e nella sua integrità l'art. 51 del codice prussiano:

« Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. »

dentalità mentali, che si limitasse l'irresponsabilità alle subìte commozioni, solamente, onde stornare il pericolo di far entrare come elemento generale di irresponsabilità gli affetti e le passioni covate da lungo tempo, che ciascuno ha dovere di temperare. Si può rispondere che i delitti commessi sotto l'influenza delle subìte commozioni posson esser collocati tra quelli puniti dall'art. 63 del progetto con pene minori; ma se noi dimostreremo realmente che mancava la coscienza degli atti in un dato instante, perchè dobbiamo ammettere in questi casi una responsabilità sia pur piccola e sempre seguita da pena? Ci sembra quindi che se si addattasse la locuzione del codice prussiano e si escludessero dall'irresponsabilità gli atti derivanti da affetti e passioni preesistenti al fatto, e questa si limitasse solamente ai repentini commovimenti dell'animo, non si intaccherebbe il concetto della libertà morale e si provvedererebbe equamente alla natura dell'uomo.

Ma l'ultima parte dell'art. 62 del progetto nella sua espressione poco precisa può esser fonte di molti dubbi. Intendiamo riferirci alla *forza esterna* che costringa in modo irresistibile l'agente. Il legislatore evidentemente vuol alludere ad una violenza materiale; pure si guardi l'equivoco che qui si nasconde. Non si potrebbe sotto il nome generico di forza esterna comprendere un gruppo di circostanze esterne non materialmente violente, ma cospiranti contro la libertà dell'individuo? Se noi portassimo nel campo giuridico il concetto da non pochi accarezzato che noi non possiamo sottrarci all'influenza, alla necessità di tutto il mondo esteriore e che ciò che dicesi nostro giudizio, elezione, è il frutto di molte circostanze prementi in vario modo su noi, sotto il nome di *forza esterna* troverebbe discolpa un gran numero di fatti riconosciuti da molti punibili. — Non potrebbe l'eccitazione, l'ebbrezza prodotta in noi dalla musica, o da altra fonte di commozione, esser compresa fra le forze esterne e rendere irresponsabili coloro che in tali condizioni di mente compirono qualche delitto? — Ad impedire quindi le interpretazioni ambigue, il pericolo che sotto il nome di forza esterna tornino in campo le *tendenze irresistibili* ora condannate dalla scienza, ci sembrerebbe cosa opportuna che si facesse meglio campeggiare la violenza esterna *materiale*.

Dove s'accordano e il progetto e il codice vigente si è all'articolo 63 del primo, e 95 dell'altro. Si stabilisce cioè uno stadio di responsabilità diminuita, e quindi una pena alleviata da uno a tre gradi allorchè, secondo il progetto, « l'a-« lienazione o la forza esterna non scemò del tutto la co-« scienza degli atti. » Si ammette quindi nei due codici uno stato intermedio tra la piena libertà morale e la pazzia (che è della violenza a noi non spetta parlare) che sebben partecipante al carattere d'ambidue non può esser che scusa, mai ragione di impunità d'un delitto. Pure il medico non può accedere a riconoscere imputabilità in questo crepuscolo della potenza intellettiva: per esso v'ha responsabilità solo quando v'ha libera, intiera conoscenza degli atti compiuti, quando la coscienza è svincolata da ogni influenza morbosa; ma allorchè esiste una malattia cerebrale e per quanto questa in modo mite s'annunci, è assurdo sempre il pensare ad una responsabilità sia pur questa portata agli infimi gradi. Chi può con sicurezza giudicare dell'azione d'una malattia del cervello, sia per questo lievissima, su tutte le funzioni mentali? Una semplice allucinazione, una illusione sensoriale può essere il momento iniziale d'un delitto, che può compirsi col concorso di tutte le circostanze, che all'occhio dei profani attestano una piena consapevolezza. V'hanno alienati, quali i monomaniaci, che sorprendono pella lucidezza dei loro raziocini, pella aggiustatezza dei loro giudizi in tutte le questioni che loro si porgano — meno nell'unica che forma l'elemento della loro alienazione. Il monomaniaco dunque in tutti i casi, nei quali mostra la parvenza d'una libera volontà, di libera elezione, dovrebbe essere chiamato in giudizio. Eppure in vista dell'unico vincolo della sua mente ad un dato ordine di pensieri, nessun medico, nè nessun codice sanzionerà pel monomaniaco mai responsabilità.

È vecchia ed ora risolta la questione dell'imputabilità negli intervalli tra gli accessi di una malattia cerebrale. S'ammetteva un tempo che nell'intervallo lucido detto *genuino* la imputabilità tutta intiera dovesse attribuirsi all'agente: eppure oggi tutti i psichiatri e il maggior numero dei codici tolgono anche al lucido intervallo genuino ogni grado

di imputabilità, poichè la scienza dimostrò che l'alienazione mentale non cessa, ma si sospende in siffatti intervalli, e che il primitivo condizionamento cerebrale governa ogni atto psichico successivo. Così tra una vera alterazione cerebrale sospesa nelle sue esterne manifestazioni e una lieve alterazione psichica operante (art. 62-95), non v'ha differenza di sorta: ogni atto che da queste due condizioni emana, per quanto ai profani porti l'impronta d'un atto volitivo libero, non può essere giuridicamente imputato. Insomma responsabilità e malattia cerebrale costituiscono pel medico due elementi tra loro irreconciliabili. Onde noi per togliere questo conato di unire tali estremi, vorremmo che quest'articolo 63 fosse cancellato, facendosi comprendere i casi contemplati (per quanto riguarda le alienazioni mentali), nell'articolo 62, o nell'art. 70 che concede le circostanze attenuanti.

Stupro. — (Art. 329-330-332, 333-334 del progetto). Lo stupro è definito nel progetto: costringimento alla congiunzione carnale; ed è pure nel progetto stabilito che qualunque atto di libidine commesso con violenza che non abbia i caratteri del tentativo di stupro costituisce un violento oltraggio al pudore. Lo stupro è poi qualificato violento, se fu consumato in persona o di donna che non aveva compiuto il 15.° anno o dell'ospite, ovvero da un maschio in persona d'altro maschio. V'hanno altri aggravamenti di pena secondo i rapporti personali dell'imputato colla persona offesa, di parentela, ecc.

Il progetto volle quindi comprendere sotto la generica espressione di *stupro* tanto gli atti commessi secondo natura che quelli contro natura, a differenza dell' articolo 489 del codice vigente che dichiara reo di stupro violento colui, che togliendo i mezzi di difesa od inspirando gravi timori a persona di *altro sesso*, abusa della medesima, ed all'articolo 425 stabilisce che qualunque atto di libidine contro natura se sarà commesso con violenza nei modi e nelle circostanze prevedute dall'art. 489-90 sarà punito colla reclusione, ecc. — Però non sappiamo se il tentativo del codice-progetto di fondere in un'unica denominazione due atti d'indole tanto differente risponda alla pratica forense ed alla significazione ordinaria

della parola *stupro*. L'esempio delle legislazioni estere e degli scrittori di medicina legale ci mostra come si facciano e dell'atto contro-natura e secondo natura due classi distinte. I tedeschi esprimono il primo col nome di *Nothzucht* e il secondo con *widernaturliche Unzucht* e Buchner (1) definisce lo stupro nel senso ordinario, « cioè l' atto carnale compito su di una donna senza il di lei assentimento », mentre l'atto contro-natura è un appagamento dello stimolo genitale che si allontana dal modo naturale (2). Taylor (3) dice che lo stupro (rape) è la conoscenza carnale di una donna raggiunta colla forza e contro la di lei volontà. — Lo stesso dicasi del codice francese (viol). A noi quindi sembra tale innovazione non troppo opportuna e la locuzione dell' articolo stesso 329 ambigua (4).

Quello che troviamo nel progetto assai commendevole è l' aver ommessa la frase *abusare*, esistente nel codice vigente e che diede argomento a tante discussioni, designando invece nettamente che lo stupro consiste nel costringimento al *congiungimento carnale*: questa specie di eufemismo fu addottato forse allo scopo d'evitare le conseguenze morali d'una spiegazione patente; con ciò però, se si toglieva al dilicato sentire di taluno un'impressione penosa, lasciavasi aperto l'adito a contestazioni infinite tra accusa e difesa.

Ci pare pure disposizione rispondente alla umana dignità e ai dati rarissimi offerti dalla statistica l' ommettere fra i reati punibili tutti quelli che potevano esser compresi nella espressione *qualunque attentato contro natura* dell' art. 425

(1) Buchner Er. Handbuch der gerichtlich. Med. Monaco 1872, pag. 194.

(2) Buchner Er. Op. cit. pag. 197.

(3) Taylor. Medical jurisprudence VI, ed. 580. (Rape is defined in law to be the carnal knowledge of a woman by force and against her will).

(4) Eccone il testo:

È colpevole di stupro violento chi con violenza o minacce costringe una persona *dello stesso* o dell'altro sesso a congiunzione carnale.

del codice vigente, da cui potevasi credere che oltre alla pederastia molte altre aberrazioni degli istinti potessero essere all' uomo addebitati. — Di tali crimini nel progetto neppur un cenno.

Il medico non può che approvare le circostanze aggravanti dello stupro e degli attentati al pudore riprodotti ancora nel progetto, e riconosce assai provvidente alla quiete sociale la disposizione che accorda l' immunità pei reati di incesto nei minori di 18 anni, e tronca ogni procedura rispetto all' autore d'uno stupro non solo, ma anche rispetto a tutti i suoi complici, quando il matrimonio redima la macchia della colpa.

Aborto. — (Del progetto art. 357, 358, 359, 360). Il progetto mantiene le pene e le loro graduazioni nelle varie cirzostanze nei reati d'aborto già segnate nel codice vigente. Corregge la locuzione dell'art. 501 dello stesso *chiunque..... ecc., avrà procurato l'aborto di donna incinta*, *ecc.*, escludendo il pleonasmo *incinta*, non avendosi aborto vero senza la precedente gravidanza. Mantiene l' aggravamento di pena pei medici, chirurghi, levatrici, farmacisti rei d'aborto provocato, allontanandosi quindi dagli articoli 217, 218, 219, 220 del codice prussiano, i quali non fanno cenno speciale degli ufciali sanitari accusati di simile delitto. Pur troppo le statistiche somministrate da Tardieu e da altri mostrano parecchi medici bruttati di questa colpa; questo però non toglie che il senso morale della famiglia medica non ne rimanga offeso, giacchè da quell'eccezionale distinzione ben si vede che il legislatore trova nei medici tanta proclività agli abusi da foggiare proprio per essi soli un ritegno speciale. — Avremmo quindi desiderato che questa disparità di trattamento, questa supposizione di criminalità verso gli esercenti l' arte salutare fosse cancellata, comminando in termini generali una certa pena per tutti coloro che contribuiscono a provocare dolosamente l'aborto.

Ma il progetto per quanto riguarda l'aborto offre una grande innovazione. L' articolo 359 al paragrafo 2 dichiara non imputabili (di aborto provocato) i medici e i chirurghi, quando giustifichino di aver agito nello scopo di salvare in

tal maniera la vita della donna messa in pericolo dalla gravidanza o dal parto. È il primo codice, crediamo, che sanzioni, ove venga approvato, l'aborto ostetrico. Ma ci siam fatti questa domanda: era assolutamente necessaria questa dichiarazione del codice? Tutte le legislazioni nelle quali dell'aborto ostetrico non si fa cenno, l'ammettono come permesso e non contrario all'idea del legislatore, ben distinguendo i due generi d'aborti secondo gli scopi per cui vennero provocati. Taylor (1) dice che la legge inglese (Vict. XXXV, 5, 6) non fa parola dell'aborto ostetrico; ma aggiunge che questo non avendo scopo iniquo non può ritenersi contrario alla legge (would not be held unlawful) e l'ostetrico illustre Dubois: « l'articolo 317 relativo all'aborto criminale non potrebbe applicarsi all'aborto provocato nell'esercizio dell'arte ostetrica » (2). La medesima opinione portano gli scrittori tedeschi. Si può rispondere che il senso accordato dal codice-progetto non è illimitato, ma circondato da una certa cautela; chè si esige che i medici e i chirurghi *giustifichino* d'aver agito allo scopo di salvare coll'aborto la vita della donna messa in pericolo dalla gravidanza e dal parto. — Ad onta del rigore di queste cautele non nascondiamo le nostre apprensioni. Il silenzio del legislatore su siffatto argomento poteva esser per sè di freno o per lo meno consigliero di grande reflessione; ora invece temiamo che all'ombra del l'articolo che permette l'aborto ostetrico e senza alcuna rea intenzione, si inizî l'abuso. Ricordiamo intanto che tale pratica dai più illustri ostetrici italiani non è ritenuta condizione di necessità, potendo, tranne alcuni casi accennati dal prof. Giordano, essere sostituita dal taglio cesareo, operazione che non è assolutamente letale e provvede più equamente dell'aborto ai diritti dell'individuo e della società. Non crediamo quindi che l'introduzione del nuovo articolo del progetto debba segnare una innovazione benefica.

E se il codice vigente (art. 503) diminuisce di due gradi la pena alla madre che si provocò l'aborto a scopo di occul-

(1) A manual of médical jurisprudence, VI edit. 594.
(2) Dubois. Gaz. Méd., mars 1833 (Briand).

tare la prole illegittima, il progetto più liberalmente usa la stessa indulgenza non solo alla madre, ma a qualunque che abbia provocato l'aborto per salvare l'onore proprio, della moglie, della madre, delle figlie o della sorella.

Omicidio. — Suicidio. — Lesioni violente. — Il progetto all'articolo 363 dichiara colpevole di omicidio volontario colui che con la intenzione d'uccidere cagiona *con qualunque mezzo* la morte ad alcuno ancorchè abbia ucciso una persona per l'altra e dichiara pure (art. 365) che l'omicidio è premeditato quando il colpevole ha fermato prima dell'azione il disegno d'uccidere benchè sia diretto contro una persona non determinata o l'esecuzione debba dipendere da parecchie circostanze o condizioni. Il primo caso è punito con 20-25 anni, il secondo colla morte dell'imputato, e coi lavori forzati a vita l'omicidio commesso su un pubblico ufficiale, su un infante non ancora inscritto nei registri dello stato civile e entro i primi cinque giorni dalla nascita, e si scusa, ossia allevia di 1-3 gradi la pena a quegli che commise il reato d'infanticidio a scopo di salvare l'onore proprio o della moglie, della madre, della figlia, della sorella. Con queste provvidenti disposizioni si tolgono le molte incertezze esistenti circa quest'argomenti nel codice tuttora in vigore. Intanto colla definizione dell'omicidio (uccisione con mezzo qualunque) non si fa alcuna classe speciale di omicidi, desumendola dai mezzi impiegati. Il veneficio quindi ritenuto fin'ora da molti codici come un delitto *sui generis* scompare dalla scena. Noi dimostrammo già in un altro lavoro (1) quanto l'entità caratteristica ammessa dal nostro codice pel veneficio fosse assurda, non offrendo esso nulla di singolare e nei suoi precedenti e negli atti necessari al suo compimento. Considerato il veneficio come un delitto *sui generis* era conseguenza necessaria che il legislatore precisasse cosa era il *veleno*, ed era da attendersi che nessuno dei medici e dei giuristi sarebbesi tranquillato ad una definizione di questo nome mistico che tutto e nulla esprime. La definizione dell'omicidio data dal pro-

(1) A. Tamassia. Del veneficio nei suoi rapporti colla medicina e la legge. Milano, 1872, pag. 12.

getto evita tutti questi pericoli. — È vero per altro che il progetto attuale in altra parte (art. 540) dà una certa spiegazione di *veleno*; questo non lo fa per dare una base giuridica al delitto, ma solo per fissare genericamente ed in via profilattica alcune sostanze che non possono esser smerciate senza l'osservanza di certe cautele. — Con tale ommissione il voto della medicina legale fu esaudito e ciò che aveva sanzionato già il codice Leopoldino e più tardi il Bavarese, troverà sicure adesioni. Il veneficio, dice la Relazione, non essendo che un omicidio qualificato pel mezzo, rimane compreso nel concetto generale dell'omicidio volontario e riceverà dalle circostanze che l'accompagnano la misura così della sua gravità come della sua pena nella diversità dei casi. — E dicemmo il progetto togliere di mezzo molte incertezze. Secondo il codice vigente (art. 525) è qualificato infanticidio l'omicidio volontario di un infante di recente nato. È interminabile il numero delle dispute occorse nell' interpretare questa vaga eredità della sapienza romana (*natus recens*). Si ammetteva tradizionalmente, dietro l' autorità somma del Mittermaier, che l' infante dovesse ritenersi nato di recente quando non avesse passato i 4-5 giorni di vita; pure mancando una espressa disposizione legislativa, la tradizione offrivasi insufficiente. Ora il progetto punisce coi lavori forzati a vita l' omicidio commesso sopra un infante non ancora inscritto nei registri dello stato civile ed entro i primi cinque giorni dalla sua nascita. Così il crimine d' infanticidio è perfettamente definito: ciò che aggrava questa colpa e la differenzia dall' omicidio è l' età dell' infante e la soppressione d' ogni traccia della sua esistenza civile. E come nei casi di aborto criminoso, il progetto estende la clemenza della scusa non solo alla madre sola (come porta il codice vigente) ma a tutti coloro che commisero siffatto delitto onde salvare l'onore della moglie, della sorella, della figlia e della madre, ben riconoscendo il legislatore che all'angoscia di una gravidanza illegittima partecipa tutta una famiglia, e tutti i membri di questa concordemente tendono a spegnere l'oggetto delle loro apprensioni: ad un medesimo stato psichico fa corrispondere la medesima pena, e la medesima indulgenza.

Ma il progetto al suo articolo 370 si occupa di un caso non previsto dal codice vigente, punisce, cioè, colla relegazione da 7 a 10 anni chi induce altri al suicidio o scientemente gli presta aiuto, se il suicidio è avvenuto, e con la detenzione maggiore di tre anni se è soltanto mancato o tentato. Sembra quindi che il legislatore, senza alcun intendimento di rinnovare le pene anticamente inflitte ai suicidi ed alle loro famiglie, si preoccupi dell'aumento dei suicidj e tenda ad allontanare tutto quanto può secondare od effettuare quest'estrema risoluzione. La legislazione francese non ha quest'articolo speciale; ma decisioni delle Corti han fatto passare che il complice del suicida debba ritenersi colpevole d'omicidio volontario. Le leggi tedesche ed inglesi non accennano a questo caso. Il progetto però si discosta dalla legge francese col minacciare al complice del suicida una pena assai più mite. Ma è proprio necessario in Italia questo articolo di legge? Potremmo rispondere che le nostre statistiche non ci appresero un solo caso di complicità nel suicidio: si prevede dunque quanto mai non occorre. Il suicidio è un atto meditato nel silenzio, e sempre compito senz'opera d'altri. Che se il legislatore davvero volesse perseguitare tutti coloro che favoriscono il suicidio, avrebbe un còmpito assai grave; quest'atto estremo — meno nei casi di alienazione mentale — è l'opera di moltissime circostanze cospiranti a rendere insoffribile la vita e a pregustare la gioia di troncarla: le letture, lo spirito d'imitazione, una certa brama di celebrità posson esser circostanze predisponenti, e talora per sè stesse conducenti al suicidio. Dovrà quindi il giudice, a mente dell'articolo citato, risolcare il cammino fatto nell'animo del suicida, rintracciare chi gettò i germi del suicidio? La complicità *materiale* prevista dall'art. del progetto ha sempre, di fronte al lavoro intellettuale, un'importanza secondaria. Laonde crediamo, se non inutile affatto, per lo meno di difficilissima applicazione questo articolo 370.

E venendo alle *lesioni personali*, l'art. 369 del progetto, a differenza di quanto dispone il codice vigente, punisce colle pene dell'omicidio diminuite d'un grado il colpevole di lesione volontaria inferta a scopo d'uccidere, allorchè sussegua a que-

sta la morte, sia per effetto della lesione medesima, ma anche pel concorso di circostanze preesistenti o sopravvenute. La mitezza generalmente diffusa nel progetto non ci sembra in questa disposizione osservata. Un soggetto cachetico, precedentemente malaticcio, può rimaner ferito anche leggermente: la ferita, di nessun' importanza per la maggior parte degli individui, induce pioemia, donde la morte: oppure un ferito è côlto da malattia estranea alla lesione riportata, per esempio, da una pneumonite; dovrassi in questi casi ammettere quasi la stessa responsabilità di quella che attenderebbe chi arrecò tale lesione da cui esclusivamente provenne la morte? È vero, si può rispondere, che in tutti questi casi esiste l' intenzione d'uccidere e la probabilità che se non si aveva il momento iniziale della malattia — la ferita — non sarebbe sopraggiunta la morte; ma le accidentalità estranee insorte non debbono invocare maggiore mitezza di pena?

Il progetto per quanto riguarda le ferite e le lesioni personali inferte non a scopo d' uccidere è molto più severo e molto più succinto del codice vigente, escludendo quasi tutte quelle circostanze che per la varia loro interpretazione e per lo stato incerto della scienza potevano differentemente aggravare la responsabilità d'un agente. Riportiamo gli articoli del progetto che toccano più davvicino i nostri studi. Art. 372:

Il colpevole di lesione personale volontaria è punito:

1° Con la reclusione da cinque a dieci anni se la lesione ha prodotto una malattia di mente o di corpo certamente od anche probabilmente insanabile; o la perdita dell' uso di un senso, di un organo, della favella o della facoltà di generare, o se commessa contro donna incinta da chi ne conosceva lo stato ha prodotto l'aborto;

2° Con la prigionia maggiore di due anni se la lesione ha prodotto una malattia di mente o di corpo durata trenta o più giorni od una incapacità per ugual tempo d'attendere alle ordinarie occupazioni, ovvero l' indebolimento permanente di un senso o di un organo od una permanente debilitazione di un senso o di un organo od una permanente difficoltà della favella, od una permanente deturpazione della faccia.

3° Colla prigionia di quattro mesi a tre anni negli altri casi.

Art. 373. — Se la lesione ha prodotto una incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni od una malattia di mente o di corpo per un tempo non maggiore di quindici giorni, il colpevole è punito con la detenzione fino a tre mesi e con multa fino a 500 lire.

Art. 374. — Le pene degli articoli precedenti aumentano d'un grado,

3° . . . . quando la lesione è cagionata a un testimone o perito per causa della testimonianza o perizia.

Vedesi da questi articoli che, come il codice penale vigente aveva fatto un notevole progresso nell'escludere le classificazioni delle ferite esistenti ancora in taluni codici, il progetto non mette più fra le circostanze aggravanti la colpa dell'imputato il fatto che « la ferita abbia portato seco il pericolo di vita » (art. 544 del codice vigente) : ritiene però alcune espressioni non troppo precise quali « malattie di mente probabilmente e certamente insanabili » sulle quali potrà ancora fervere la dialettica dei periti ; non accenna come il codice vigente ad un crimine speciale l' *evirazione*, punibile secondo l'art. 552 del codice vigente col maximum dei lavori forzati, poichè comprende questa lesione in quelle che conducono alla perdità delle facoltà di generare : alla relegazione minacciata in taluni casi dal codice vigente sostituisce la detenzione e la prigionia. — Nel progetto non parlasi della circostanza della morte avvenuta in seguito a lesione personale inferta senza lo scopo di uccidere e delle varie pene secondo il tempo in cui la morte dell'offeso avveniva. Esso staccasi da tutte queste arbitrarie limitazioni di tempo fissate dal codice vigente e pone per tutta regola un articolo d' indole generale (381) secondo il quale, chiunque con l'intenzione di cagionare una lesione personale commette un reato che sorpassa la sua intenzione è punito colla pena del reato più grave diminuita d'un grado. Dietro questa norma generale che dà ragione ai molti reclami dei medici e dei chirurghi spetterà al giudice stabilire la vera intenzione dell'agente, al medico quanto di dipendente, di diretto dalla prima lesione debba essere a questo imputato, poichè a noi sembra che nella espressione « *commette un reato* » debbansi includere non le conseguenze di

circostanze estranee o preesistenti alla lesione, ma solo quanto materialmente si compì nell'istante del reato.

Risponsabilità medica. — Tanto il progetto quanto il codice penale vigente non fanno speciale menzione della risponsabilità che attende il medico quando dalle sue prescrizioni o dalla sua imperizia e senza sua intenzione derivi un aggravamento di malattia o la morte di coloro che a lui si sono affidati. Questa risponsabilità può può però intendersi compresa negli articoli 382 383 del progetto corrispondenti e per significato e per forma agli articoli 554, 555 e 556 del codice attuale.

Il progetto parla dell'inavvertenza, negligenza, imperizia nella propria arte o professione, inosservanza dei regolamenti o dei doveri del proprio stato, come di circostanze meritevoli di pena. Stretto il medico fra le branche di quest'articolo, in qual guisa si riuscirà a dimostrare la sua *imperizia* ecc.? Se la medicina avesse dei cánoni sicuri, immobilmente positivi, a chi da questi s'allontana potrebbesi assegnare una colpa; ma noi invece sappiamo quanto di essa sia vario l'indirizzo scientifica e mutabili perciò i piani della terapia; rimarrà dunque sempre assai difficile lo stabilire realmente ove cominci pel medico l'imperizia e abbia quindi luogo la possibilità di una pena. Da questa incertezza nasce il differente spirito di legislazione nei vari paesi. Così l'Inghilterra non accetta il principio della risponsabilità medica, applicando all'ammalato l'antico adagio: *Œgrotus debet sibi imputare quem elegerit.* La Prussia ha invece fatta sua la sentenza di Casper, che cioè un medico possa esser chiamato in giudizio quando rispetto ai suoi malati abbia intrapreso un trattamento che sia affatto divergente da quello adoperato dalla prevalente maggioranza di tutti i medici contemporanei in casi del tutto simili, o che dalla immensa maggioranza di tutti i maestri e scrittori di medicina è insegnato come il metodo acconcio in casi simili (1). — L'articolo 319 del codice penale francese espresso in termini generali può attagliarsi al medico, onde la risponsabilità medica è implicitamente riconosciuta. Noi accettiamo l'articolo del progetto

(1) Casper. Med. leg., parte 1.ª, pag. 537.

sebbene di difficile applicazione, perchè non siamo per nulla partigiani della irresponsabilità medica; la massima ignoranza, il capriccioso deviare da ogni criterio dimostrato vero, il non riconoscere la propria insufficienza fisica e mentale nell'esercizio d'un'arte sì delicata, quale la nostra, ci sembra già una colpa. La redazione dell'articolo, che nè ammette nè esclude la responsabilità del medico, può rappresentare un certo freno; Questa volta l'incertezza e la generalità offriranno una certa utilità, senza che sia necessario lo specificare proprio pel medico un principio che lo renda responsabile dei suoi atti.

Falsi certificati. — Secondo l'articolo 360 del codice vigente, il medico, il chirurgo ed altri ufficiali di sanità che per solo favore rilasciava un falso certificato di malattia, e di indisposizione qualunque, proprio ad esimere taluno da un pubblico servizio legittimamente richiesto o dovuto, soggiace alla multa da cento a tre mila lire: e se ciò fa per doni e promesse, soggiace alla pena del carcere non minore di sei mesi. Ora l'art. 307 del progetto allarga le condizioni in cui possono avvenire le false dichiarazioni; cioè non accenna ad attestazioni atte ad esimere taluno da un pubblico servizio, ma parla invece di un falso attestato destinato a far fede presso una pubblica autorità: pena la multa, la prigionia, la sospensione dalla professione secondo i casi. — A noi sembra assai giusta la fatta innovazione, poichè potevasi supporre, secondo il codice vigente, che tutti i documenti del medico, chirurgo, ecc., che non avessero lo scopo di far esimere qualcuno da un pubblico servizio, potessero decorrere, se falsi, impunemente. La responsabilità deve esser compagna ad ogni atto.

Notiamo quì alla sfuggita che non sappiamo che intendere sotto il nome di ogni altro *ufficiale di sanità* che viene in coda ai medici, chirurghi. Questo nome di *ufficiale di sanità* esistente sì nel progetto, come nel codice attuale, è conseguenza dell'aver seguito i codici francesi. In Italia non esiste la setta anfibia degli *officiérs de santé* che in Francia la fa da medico e da chirurgo senza essere nè l'uno, nè l'altro. È quindi per un codice italiano un'aggiunta inutile. Nè potrebbesi sotto questa denominazione comprendere i farmacisti

e le levatrici poichè queste e quelle non possono mai rilasciare certificati autentici di malattia.

Rivelazione di segreti professionali. — Nel progetto (articolo 418) non si fa singolare menzione dei medici, chirurghi, farmacisti, levatrici che rivelino segreti d'indole professionale a loro affidati, come notasi nel codice vigente (art. 587). Così quello si esprime : chiunque avendo notizia per ragione del suo stato, impiego, professione d'un segreto che palesato può recar danno all'interesse od alla buona fama altrui, lo rivela ad altri fuorchè alla pubblica autorità che ha per legge facoltà d' interrogarlo, è punito a querela di parte, con multa estendibile a duemila lire e con la sospensione dai pubblici uffici fino ad un anno. — Se la rivelazione del segreto costituisce libello famoso, diffamazione od ingiuria, il colpevole è punito colle pene stabilite per questi reati aumentate d'un grado. — Cessa così pel medico ecc., il poco invidiato privilegio d'aprir la serie dei trasgressori alla legge, come se chi esercita l'arte salutare avesse bisogno d'un ammonimento tutto per lui, o fosse più inclinato — a differenza degli altri esercenti le arti liberali — a rivelare i segreti di cui egli è per ragione d'ufficio depositario.

Veleni, loro spaccio e custodia. — Vedemmo già come il progetto definisca il veleno e la ragione di tale definizione, sebbene nel progetto stesso non si tenga più parola del veneficio. Il codice vigente ed il progetto circa la fabbricazione, lo spaccio, la precauzione nel dispensare i veleni si corrispondono perfettamente : si esige la conoscenza personale del compratore, della sua professione, l'inscrizione su libro apposito della sostanza dispensata nonchè la sottoscrizione del compratore; e se questo non è conosciuto, vuolsi un attestato della autorità di polizia. Nel progetto vi ha una piccola differenza più di forma che di sostanza, poichè esso prescrive (art. 541) che i farmacisti, droghieri ecc., che tengono veleni, debbono tebbono tenerli non solo sotto chiave, ma ancora in recipienti formati e coperti di materia solida colla scritta a caratteri visibili chiaramente *veleno.* — Secondo il progetto ed il codice vigente la prescrizione medica rompe tutte le misure restrittive e ad essa si accordano tutte le sostanze venefiche.

Il farmacista che non adempie per esattezza, peso, qualità le mediche prescrizioni, è passibile di multa ed anche di sospensione dall'ufficio suo; le stesse pene per coloro che tengono per vendere sostanze alterate capaci di danneggiare la salute, che metton in commercio carni di bestie morte naturalmente o uccise per malattia o per vecchiezza prima che sien state visitate dall'ufficio sanitario, che corrompono l'acqua dei pozzi, cisterne, che macinano gesso colle mole destinate a macinar grano ecc., ecc.

Noi sappiamo bene quanto poco posson prevenire i disastri le misure restrittive addottate e dal codice vigente e dal progetto, per la facile diffusione delle sostanze venefiche usate nelle arti e nell'industrie, fra le mani del popolo; ma desse nelle condizioni nostre, posson giovare ben più del libero spaccio dei veleni consentito in Inghilterra (wholesale poisonning) e rappresentano quanto il solo legislatore indipendente dall'azione della pubblica opinione di più perfetto possa addottare.

Sanità pubblica. — Il progetto, avendo fatte sue alcune disposizioni del codice sanitario già approvato dal Senato, punisce con multa chi esercita le arti salutari senza esserne autorizzato, i medici, i chirurghi che tengono farmacia nel luogo ove essi esercitano la loro professione, coloro che senza tener aperta la farmacia vendono o distribuiscono, coloro che già autorizzati in alcune arti salutari si rifiutano senza legittima causa, di prestare il soccorso richiesto in caso d' urgenza, l'ufficiale sanitario che abbandona lo stabilimento, il comune al cui servizio si trova, e con maggior pena se chi si rifiuta è impiegato del governo, del comune, della provincia e colla pena di un mese estensibile a tre di prigione e colla sospensione dall'ufficio, l'ufficiale di sanità stipendiato che in tempo d'epidemia abbandona il proprio posto. Tutte le disposizioni, ci sembrano opportune e secondo giustizia, meno l'ultima; questa racchiude una offesa alla classe medica: nessun medico rifiutò mai il suo ufficio anche quando nell'infierire d' una epidemia era messa in forse la propria esistenza, l'avvenire della propria famiglia. Parlino per noi le vittime numerose mietute fra i medici nelle ultime epidemie e la

mancanza d'ogni sorta di reclami contro la classe dei medici durante questi flagelli. Chi non ha mai peccato ha diritto che non si elevi dubbio sulla sua condotta futura.

Se il codice attuale in taluni articoli punisce alcune contravvenzioni alla pubblica igiene, non accoglie però sotto il suo patrocinio un vero corpo armonico di leggi intente a difendere dalle cause di malattie l'intero corpo sociale. Allorquando le trasgressioni contro la pubblica igiene troveranno le stesse punizioni di tutte le altre previste dal codice penale, la pubblica salute non avrà che a guadagnarne grandemente. Questo voto dall' attuale progetto è esaudito: esso sapientemente innesta nei suoi articoli quelle parti del codice sanitario già approvato dal Senato che possono dar luogo, se ineseguite, ad azione penale. Ci siamo persuasi che il codice penale, scrive la Relazione, legge generale che ha per istituto di afforzare con la sua sanzione l' ordine pubblico e la sicurezza individuale, non debba ommettere alcuna parte della pubblica tutela, ma le debba abbracciare tutte quante almeno con norme generali, lasciando alle leggi speciali il cómpito di darne lo sviluppo necessario per assicurarne più completamente i benefici. — Noi non crediamo quindi di dover riprodurre qui e analizzare il testo del codice sanitario che viene a far parte integrante del nuovo codice: è noto a tutti, perchè già passò per le discussioni al Senato. Solo vogliamo notare un'innovazione del progetto rispetto al codice vigente. Questo non si occupa della violazione degli ordini governativi diretti ad impedire od attenuare la diffusione delle malattie epidemiche o contagiose. Il progetto invece, seguendo il codice toscano, punisce con multa e con carcere queste trasgressioni. Noi troviamo eque e secondo il vero scopo delle quarantene questa volontà del legislatore: il pericolo che emerge dalla violazione di siffatte disposizioni profilattiche e repressive può raggiungere il grado d'una pubblica sciagura. In questa guisa si verrà a dar forza al medico, il quale se finora si lasciò abbandonato alla efficacia delle sole sue forze, troverà nella sanzione del codice un valido alleato.

Altre disposizioni del progetto riguardano il medico e la

medicina, ma noi non ci curiamo di esse, perchè e per la loro poca importanza e pella concordanza loro col codice attuale non meritano uno speciale rimarco.

Compiuto questo cenno critico del codice-progetto, si può chiedere quale sia il giudizio sommario che su d'esso il medico può pronunciare. Francamente noi dichiariamo che riconosciamo nel progetto un vero progresso, una deferenza allo sviluppo delle scienze medico-legali.

Le piccole mende posson esser corrette e rendere più intimo l'accordo tra la medicina e la giurisprudenza. E noi non dubitiamo che le correzioni si faranno: è rotto l'antagonismo che un dì credevasi esistente tra scienza teorica e scienza pratica, esperimentale: ciascuna scienza adotta e fa suo quanto l'altra le addita: è su questa reciproca convergenza, sulla mutua concessione che s'apre la via della perfezione. — Noi facciam voto che da un lavoro comune emerga una legge consona alla giustizia ed alla scienza!

Genealogia di un colera in Novi-Ligure nel 1873; *del dott.* ANDREA VERRI.

Conscio di mia pochezza, non piglierei a parlare anco brevissimamente del colera, se una voce intima non mi venisse da più mesi quotidianamente dicendo che la genuina esposizione della genealogia di un colera in Novi potrebbe per avventura far ripensare ad alcune asseverazioni dal dottor Balestreri consegnate nelle sue eruditissime osservazioni pratiche sopra un colera in Genova nel 1873. (V. « Annali Univ. di Med. », fascicolo di novembre 1873).

Il prefato scrittore mostrasi francamente contagionista quanto al colera di importazione od asiatico; quanto al colera del 1873, quando lo sentì comparso nella Venezia, gli nacque tosto il gran dubbio che realmente si fosse corso troppo nel dirlo asiatico: quando poi fu avvertito in Genova e l'ebbe

tra le mani, quel dubbio gli si fece certezza. Alla metà di agosto i casi di colera in Genova sommavano a quarantadue con trentadue decessi, *casi sparsi* nei punti della città i più distanti fra loro e *senza un nesso* o una catena qualunque nè visibili nè invisibili: la malattia continuò moderatissima e toccò il suo più alto punto il 17 settembre (diciotto casi) in seguito allo spavento pel terremoto ed estinguevasi assai lentamente con l' ottobre con *casi sempre fra loro staccati e dispersi.* Non si trovò nè per la Venezia, nè per Genova importazione e non la si poteva trovare nè per la strada vecchia, nè per la nuova; l'osservazione poi dei vecchi secoli, il decorso, il modo, il contegno del nostro colera, convengono a questo punto che desso è una forma morbosa distinta e da sè e tutta diversa dalla peste del Gange. — Il colera in questo anno attaccava poche persone, mentre uccideva la maggior parte delle medesime e questo è un nuovo e perentorio argomento per dirlo sporadico; o il contagio è più virulento, e allora perchè così pochi i colpiti; o il contagio è più mite, e allora perchè così troppi i morti? — Il colera è cosa anche nostrana: non v' è medico che ogni anno non abbia veduto dei casi indigeni fatali; e riguardo al numero ed alla estensione di quest' anno, non avvi stranezza, poichè tutto è in rapporto con le cagioni cosmo-telluriche, che furono appunto e forti ed ampliate.

Queste le opinioni del dott. Balestreri.

Che ogni medico abbia osservato ogni anno dei casi indigeni di colera, è probabile; ma che ogni anno ne abbia osservati di fatali, lo è meno: plerique ex illa (cholera), quod tanta symptomata vix sperare permitterent, servantur, dice Pietro Frank; e il Fabre, vittima del colera nel 1855, nella sua bella monografia: nous avons observé deux cents fois environ le choléra sporadique à Marseille, et quoique parfois très grave, cependant la terminaison a toujours été favorable. — Un colera indigeno che dura in Genova non interrotto per più di tre mesi e che vi fa circa duecento vittime, credo già un fatto interamente nuovo nella istoria medica genovese e tale da suscitare i più forti dubbi sulla sua nostrana natura.

Novi nel 1835 e nei due anni successivi ebbe complessi-

vamente un novanta casi di colera di manifesta importazione genovese; nel 1854 cento trentadue casi, nel 1855 novantatre, importazione idem. — Nel 1866-67, ad onta dei frequenti commerci con Genova, e benchè i circostanti comuni ne fossero invasi, Novi andò affatto immune dal colera. Nel 1873, immuni tutti i comuni del circondario, tranne San Cristoforo, borgata sopra ameno colle vitifero ove si ebbero nove decessi di colera, Novi pagò il suo tributo allo inclemente zingaro. — Il 25 agosto ad un' ora pomeridiana veniva dal dottor G. Negri denunziato un caso di colera; il Sindaco, radunata la Commissione sanitaria, mi incaricava di visitare il denunziato e immediatamente riferire. — Trovai certo Sansebastiano Ignazio, via S Andrea N.° 3, nel periodo algido-asfittico (guarito poi). A detto ammalato un'ora prima era stato portato il Viatico in forma pubblica dalla vicina parrocchia di S. Andrea, ed in seguito il poco colera di Novi si accentrava appunto in detta parrocchia, che nelle anteriori invasioni era stata rispettata. Io riferiva tosto alla Commissione sanitaria aver trovato un perfetto quadro di colera; non poter però dichiare se quello fosse sporadico od asiatico, poichè mancavano i due caratteri che io ritengo speciali di quest'ultimo, cioè la micidialità e la propagazione; nel dubbio doverlosi ritenere per asiatico e dare le occorrenti disposizioni. Ignota la provenienza di questo primo caso: trattavasi però di un sensale di generi serici, viaggiatore e conversante con viaggiatori; e notisi qui che i filaturieri novesi ai primi d'agosto aveano mandato compratori di bozzoli bivoltini a Parma ed a Salò, dove già serpeggiava il colera.

Il 29 agosto Gambarotta Andrea, via Cavanna N.° 27, morto il 31.

Il 30 agosto Ferrari Maria, puerpera da circa un mese, giovane trattora di seta, via S. Andrea N.° 5, casa contigua a quella del Sansebastiano, morta la sera del giorno istesso.

Il 3 settembre Ferrari Cristoforo, padre della suddetta Maria: sceso quattro giorni prima dall' ameno suo colle per assistere la figlia e tornatovi, quella appena spirata, morì in poche ore. Questo fu il solo caso di colera avvenuto nella campagna di Novi, la qual campagna nel 1854-55 non ne

ebbe parimenti alcuno. — Generalmente quando due membri della stessa famiglia ammalano dello stesso male, si attribuisce alla medesimezza delle circostanze; ma qui il divario non poteva essere più spiccato: uno contadino e viveva alla campagna, l'altra filatrice e viveva in città.

Il 6 settembre Capurro Maria, sulla piazzetta S. Andrea, morta il 7: caso di origine incerta e senza figliatura.

Il 9 settembre Grosso Luigi, via Cavanna N.° 16, morto in poche ore.

Qui un intervallo di quattordici giorni: l'isolamento, gli espurghi in questi sei primi casi si curarono a dovere, benchè molti, e non tutti volgo, gridassero alle igienerie; ma intanto si ebbero quattordici giorni liberi; tregua che non si osservò per quanto io mi sappia in nessuna città dove si ebbe manifesto il colera: tregua alla quale ben possono aver influito le adoperate cautele.

Il 24 settembre Ravazzano Teresa nata Pagliari, giovane trattora di seta, via Cavanna N.° 24; gestante di due mesi; guarita; si sgravò felicemente nel p. p. marzo. Quest'ammalata presentò una abbondante roseola colerosa.

Ancora il 24 settembre Cordaro Maddalena, via Cavanna, N.° 20, morta il dì appresso.

Il 25 settembre Ravazzano Domenico marito della retro Teresa, morto in poche ore.

Ai 25 di settembre io scriveva al Municipio: badate che il colera dalla via Cavanna N.° 24 salterà in via Dominio N.° 1, poichè la madre della Ravazzano ed assistente sua recasi ogni giorno nella casa da me indicata, per ammannirvi il vitto ad altri suoi figli minori: e il 30 settembre si ebbe in questa casa un colera letale nella persona di Peretti Batt., cardatore di canapa, più due colerine non denunziate (Bagnasco Rosa e Tallone Domenica).

Ancora il 25 settembre Bando Marina, sessagenaria, morta il giorno appresso: Borgo Zerbo; origine probabilmente genovese, figliatura nessuna.

Ancora il 25 settembre Franza Agostino di Carlo, abitante nella casetta della Ravazzano, morto in sei ore.

Il 26 settembre Franza Carlo, padre del suddetto, guardia

campestre, occupato a trasportare masserizie infette; morto il giorno appresso.

Il 28 settembre Fasciolo Maddalena, casa dell'Orfanotrofio; morta il 3 ottobre; caso di origine ignota, figliatura nella casa istessa v. infra.

Ancora il 28 settembre Pallavicini Francesca, bella giovane trilustre, morta due giorni dopo; — origine ignota, figliatura nessuna.

Il 29 settembre Pagliari Angelo, padre della Ravazzano Teresa, cui assisteva indefessamente per sei giorni con immenso amore: muratore quinquagenario, robusto ancora, moriva il primo ottobre. — Cercando inanimirlo e dicendogli che il suo profondo abbattimento di forze proveniva meno dal male che dalle notti *perdute* intorno alla figlia, ei mi rispose pronto con la sua spenta voce: le ho *guadagnate*! Come a dire: ho salvato mia figlia e muoio contento. Parola d'oro.

Il 3 ottobre Grosso Caterina, via Cavanna N.° 19: superato tifo gravissimo, guarita.

Nuovamente il 3 ottobre scriveva al Municipio: badisi che il colera dalla via Dominio N.° 1 passerà alla piazzetta S. Francesco N.° 8, poichè certa Bisio Natalina ivi domiciliata recasi tutti i giorni in via Dominio N.° 1 dalla madre sua ammalata di colerina, non denunziata; ed in quest'ultima casa è avvenuto un colera letale, ed altra colerina egualmente non denunziata. E invero il giorno otto ottobre moriva di colera alla piazzetta S. Francesco N. 8, da me prenunziata, la Bizio Raffaella, figlia della suddetta Natalina, e il 17 ottobre ammalò la Cabella Rosa nata Persiani, abitante nella casa medesima, morta il 19; e il 18 ottobre moriva la Allegri Maria vedova Persiani, madre della predetta Cabella.

Il 5 attobre Bruno Caterina vedova Grosso, nonna del retro Grosso Luigi, e della retro Grosso Caterina, conviventi, anzi concubicolari: morta il 9 ottobre.

Il sette ottobre Cordaro Giacomo, cantoniere, occupato a trasportare le biancherie infette dal lazzaretto al lavatoio apposito; abitante nella Casa Savio in Borgo Zerbo, priva di latrina, angusta e popolata assai: morto il 12 ottobre.

Il 12 ottobre Vaccari Agostino, guardia al dazio del Borgo Zerbo, ove soleva conversare il predetto Cordaro: guarito.

L' 11 ottobre Nazzari Clementina, morta, e Pastore Anna guarita; — e il 13 Valeri Giuseppina, morta: queste tre lombarde erano applicate alla trattura della seta nella filanda Tedeschi, divisa dalla suddetta Casa Savio per uno stretto e fetido fossato, dove eransi gettate le deiezioni del Cordaro; — esse abitavano una camera del vasto fabbricato, prospiciente appunto la Casa Savio, e respirante le esalazioni del fossato che ne la separa: la filanda Tedeschi venne chiusa immediatamente.

Il 12 ottobre Coscia Luigia, via Cavanna N.° 20, morta in poche ore.

Ancora li 12 ottobre Cordaro Maria vedova del Cordaro predetto, Casa Savio; guarita.

Il 13 ottobre Traverso Caterina, via del Carmine, morta tre giorni dopo: origine ignota, figliatura nessuna.

Ancora il 13 ottobre Viola Caterina e il 16 idem. Viola Carlo, suo figlio, morti entrambi: Casa dell' Orfanotrofio, v. retro.

Il 15 ottobre Montesoro Agostino, questuante settuagenario: morto in poche ore: origine ignota, figliatura nessuna.

Il 22 ottobre Mugna Antonio, Casa Savio già più volte menzionata; morta in poche ore.

Il 24 ottobre Savio Luigia, concieria. Questa, morta il 2 novembre: la madre della Fasciolo Maddalena (v. retro) e di lei assidua assistente, abitava in questa concieria.

Il 27 ottobre Mugna Giovanni, Casa Savio predetta, marito della Mugna predetta, morto il giorno istesso.

Il 28 ottobre Basso Angela, via Roma N.° 16, guarita. Questa sposina frequentava la Casa Savio, dei quali è parente.

Il 13 novembre Demicheli Anna nata Mazzini, Borgo Valle, case del Rosario, morta il giorno istesso. Nelle quali case del Rosario erasi l'8 novembre ammalata di colera Fossati Carlotta, nipote della Cabella-Persiani Rosa e di lei assistente, v. retro: guarita e non denunziata.

Il 16 novembre Bosero Angela, vedova Demicheli, suocera della predetta Anna: morì li 21 stesso mese.

Ancora il 16 novembre Guagnini Augusto, becchino dei colerosi, morto in dieci ore.

Il 23 novembre Bianchi Rosa, suocera del Guagnini predetto, convivente: guarita.

Il cómputo è finito: quaranta i casi denunziati con trentadue decessi. In questi quaranta casi vedesi il colera ripetuto ventidue volte in membri di una stessa famiglia e conviventi, fra i quali trovansi tre capi-famiglia inservienti ai colerosi: così vediamo Ferrari padre e figlia; — Ravazzano marito e moglie, e Pagliari di lei padre: — Franza padre e figlio; — Cordano marito e moglie; — Allegri-Persiani e figlia (e la nipote Fossati non denunziata); — Bruno-Grosso e due nipoti; — Mugna marito e moglie; — Viola madre e figlio; — Demicheli e la suocera Bosero; — Guagnini e la suocera Bianchi. E sopra quaranta casi, quattro soli di origine ignota e di nessuna figliatura apparente, e sono il Montesoro, la Pallavicini, la Traverso e la Caparro. È ben vero che io ritengo fra loro congiunti e dipendenti i tredici casi avvenuti nella via Cavanna tra il N.° 16 ed il N.° 27, cioè per una distesa di sessanta metri, e lo credo ben a buon diritto, stante la vicinanza, l' amicizia, la parentela fra quelle famiglie: e qui si noti che la via Cavanna trovasi nella parte più elevata e più ventilata della città, e che detta via nelle anteriori invasioni andò immune dall'indico morbo, e solo nel 1854, anno del massimo colera in Novi, vi furono due casi: la Poggio al N.° 1, derivante da Genova dove il colera le aveva rapito due bambini, e la Armano al N.° 43, derivante dalla infetta fabbrica Ferrettini posta ad altro estremo della città.

Dopo la felice tregua quattordiciduana di cui sopra è parola, il Municipio commosso dallo accanito imprecare alle igienerie, che pur non avevano fatto sì mala prova, non diretto, non sorretto dalle governative autorità che non si addiedero del colera novese, scosso anche da certe scientifico-plateali disputazioni, e sui contagi, e sui disinfettanti, e sui lazzaretti, e va dicendo, disputazioni perniciose e dissolventi al momento della azione, allentò un poco le precauzioni di isolamento, tralasciò la guardia al domicilio dei colerosi, abbondò invece nei soccorsi domiciliari, non caldeggiò di troppo il trasporto dei colerosi al lazzaretto, favorì le cure a domicilio anche in

condizioni inopportune, anzi stabilì due lazzaretti sussidiari, il primo in via Cavanna N.° 20 per la Ravazzano che generò altri quattro colera letali nella medesima casa, e il secondo nella casa Savio per il Cordaro che vi generò altri tre colera, due dei quali seguiti da decesso, e generò altresì i tre colera della fabbrica Tedeschi, due dei quali seguiti pure da decesso: io credo che se la Ravazzano e il Cordaro fossero stati prontamente e debitamente isolati, si sarebbero molto probabilmente cansati nove colerosi, sette dei quali furono vittima del morbo.

Non vuolsi tacere che anche il piccolo colera novese presentò delle anomalie e dei procedimenti diversi dagli antichi suoi: ignota la importazione; — lungo strascinare senza divampar mai; — forte la micidialità, debole la diffusione; — e uno strano intervallo libero di quattordici giorni; — e insolito protrarsi sino alla fine del freddo novembre. Quanto alle morbose manifestazioni pregresse è da notare la grande mortalità dei bambini; la mortalità del 1873 sopra una popolazione di poco più di dodici mila anime ascende a quattrocento cinquantatrè, cioè centoventi più della media dell'ultimo settennio, in cui si stabilì lo stato civile; e tale eccedenza devesi appunto alla mortalità dei bambini, i quali presi dalla pertosse e dai morbilli finivano per dissenteria. Resta però sempre il *nesso* fra caso e caso così serrato e così evidente che quasi par di toccare con mano la correlazione fra l'uno e l'altro, come di causa ad effetto, onde parmi non potersene negare la contagiosità.

La questione della contagiosità è del massimo valore; qui stà il perno di tutta la pubblica profilassi dei morbi popolarmente micidiali; gli è perciò che io m'indussi ad esporre la genealogia di un colera in Novi, la quale genealogia, se offre una inamena lettura, presenta però dei fatti inappuntabili nella loro sincerità, e, se non erro, abbastanza eloquenti in proposito.

Ospizio Provinciale delle Partorienti e R. Scuola d' Ostetricia

IN MILANO

diretta dal prof. cav. dott. CHIARA

Ristrettezza pelvica di 1.° grado per rachitismo — ripetuti e infruttuosi tentativi di liberazione col forcipe — invio della donna all'Ospizio in condizioni gravissime — liberazione facile e pronta colla craniotomia e forcipe Guyon. — *Osservazione raccolta dal 2.° assistente dott.* CHIARLEONI GIUSEPPE.

Addì sei aprile 1874 alle 10 antimeridiane viene accolta nell'Ospizio una giovane donna di 25 anni, proveniente dalla campagna e da una distanza di 20 chilometri. Essa è in travaglio da 26 ore ed eccone la storia relativa (1).

Anamnestico. — Quantunque lo stampo in generale ingeneri la certezza di una pregressa rachitide, pure da quanto riferisce la donna nulla si può conchiudere in proposito di positivo. — Proveniente da genitori sani e vivi ancora, non presenta labe ereditaria di sorta — e la sua vita anteriore trascorse senza malattie di rimarco.

Menstruata a 16 anni e indi sempre regolarmente, passò a marito a 21 anni. — Rimasta gravida per la prima volta a 23 anni, ebbe un parto spontaneo, ma fatale al bambino per l'avvenuta procidenza del funicolo ombellicale. — Ebbe un puerperio regolare e potè sobbarcarsi alle cure di nutrice mercenaria per 14 mesi.

Rimasta nuovamente incinta nel suo 24.° anno di età, e precisamente in sul principio del luglio 1873, ebbe una gravidanza ottima. — I primi moti fetali li fa risalire al dicembre scorso.

Entrata in travaglio alle ore otto antim. del 5 aprile questo progredì normalmente (nel suo primo periodo) fino

(1) Si omette il nome del paese e dei primi operatori per ragioni di convenienza che il lettore vorrà apprezzare.

alla mezzanotte circa del 5 al 6 aprile. — Iniziatosi il periodo espulsivo con lentezza e più con deboli contrazioni, fu creduto necessario l' intervento del chirurgo. — Alle 2 del mattino il 1.° medico chiamato trovò conveniente di farsi assistere da un secondo. Uniti tentarono ripetutamente la liberazione per mezzo del forcipe. — Al dire della donna i tentativi si prolungarono per lo spazio di 3 ore. — Nessun risultato. — Invio della medesima all'Ospizio.

Lo stato della donna al momento dell' ingresso era il seguente: stato generale abbattuto, affranto, temperatura periferica abbassata, polso impercettibile, frequentissimo, irregolare. — Il battito cardiaco colla ascoltazione non è possibile numerarlo — meno poi alla radiale. — Faccia di colorito cianotico, labbra violacee, occhiaie profonde, respiro affannoso e frequente, senso di terrore invincibile. — Stato locale, l'utero addossato al feto e contratto a permanenza, ha una forma leggiermente piriforme, ma per vero nessun carattere di un utero contratto per l' azione della segale cornuta. — Colla palpazione non si può riscontrare nessuna parte di feto riconoscibile, se si eccettui la testa al di sopra della sinfisi ubica. — Ascoltazione negativa.

Le grandi e piccole labbra sono edematose, calde e dolenti al minimo tatto — sulla loro faccia interna, contusa profondamente, si osservano numorose lacerazioni. — L'ostio vaginale e la vagina si trovano in peggiori condizioni — tutto è contuso, tutto è lacerato. — Del segmento inferiore dell'utero non si sente che un piccolissimo lembo in avanti, dietro il pube. — La testa che si presenta pel vertice è ricoperta per la massima parte della porzione che si esplora col dito da un tumore molliccio, voluminoso, *tumore di parto*. Spingendo il dito a sinistra, si sente distintamente una frattura delle ossa craniche, la quale risiede in vicinanza di un bordo dell'occipitale, e a destra su di una bossa frontale evvi una profonda infossatura senza soluzione di continuo. — La testa è ancora al distretto superiore e alcun poco mobile. — Solo il tumore di parto pesca nello scavo. — Il dito esploratore raggiunge con una certa facilità il promontorio, e presa la misura del diametro retto interno si trova oscillare tra 78 e 85 m.m.

Prima di accingersi a liberare la donna, urgeva sollevare alcun poco le sfinite forze; perciò le si amministrarono circa 150 grammi di una mistura cordiale — altrettanto vino di Marsala con brodo caldo e si fanno praticare frizioni con pannilini caldi sulle estremità.

Dopo circa 20 minuti dal suo ingresso, invitato dal professore, pratico la craniotomia colla forbice di Smelly e indi applico il forcipe Guyon. Le branche di questo caddero la sinistra direttamente sull'occipite fin sulla regione cervicale e la destra al disotto della regione malare omonima. — Per tal modo si potè scassinare la base del cranio senza però fratturarla. — Le trazioni si esercitarono accompagnandole da un leggier moto di rotazione verso sinistra, in modo da mettere in rapporto la parte maggiormente schiacciata colla coniugata superiore. — La testa discese e venne estratta senza più, e la liberazione così effettuata in meno di 8 minuti. Due grammi di segale vennero tosto dopo amministrati e si continuò nei cordiali.

6 aprile 1.ª giornata di puerperio. — Morale rialzato — movimento febbrile — temp. 38 1|2, polso 148, respirazione 32 — dolore a tutta la zona sotto ombilicale, acuto, superficiale, spontaneo e provocato. — L' utero portato tutto a destra, spinto col suo fondo fino al livello delle false coste — alla fossa iliaca sinistra, e sopra del pube esteso tumore dolentissimo al tatto, meteorismo, paresi vescicale, con disuria paradossale, edema ai genitali esterni quadruplicato — la superficie interna delle piccole e grandi labbra e ancor più della vagina, va assumendo una colorazione verde nerastra — scolo lochiale misto a detritus quasi nero e fetidissimo. — Cura — vescica di ghiaccio a permanenza sul ventre — bagnature di acqua di malva ai genitali — internamente 300 grammi di vino di Marsala. — Notte relativamente quieta.

7 aprile, 2.ª giornata, mattino, temp. 39.0 polso 148, respirazione 24, meteorismo accresciuto — l' edema ai genitali si è fatto enorme ed assunse una colorazione livida — divaricando le grandi labbra, l'ostio vaginale si presenta ricoperto totalmente da tessuti mortificati — scolo lochiale scarso, fetido, nerastro — dolore addominale meno superficiale e limi-

tato alla fossa iliaca sinistra , ove si designa nettamente un tumore considerevole. Paresi vescicale. — *Cura.* Vino di Marsala — clisteri di camomilla — bagnature di acqua di malva ai genitali e irrigazioni dello stesso liquido. — Sostituzione d'un bendaggio addominale alla vescica di ghiaccio. — Edema dei genitali di alcun poco diminuito dietro alcune punture praticate — senso di benessere generale.

Sera temp. 41, polso 124, respirazione 24. Notte buonissima.

8 aprile, 3.ª giornata. — Stato generale e locale come il giorno precedente. Temp. 39.8, polso 120, resp. 32. — Utero sempre fisso a destra, duro, ben contratto, ma di poco ridotto — scolo lochiale alquanto più abbondante, fetidissimo, con esso vien portato fuori buona copia di detritus cellulare gangrenato. — Cura come il giorno avanti.

Nella giornata si hanno quattro scariche di materie in gran parte sierose — L'edema ha invaso tutto il perineo — appena scoperta è presa da freddo e la pelle si fa anserina.

Scolo involontario dell'urina, temp. 40, polso 116, resp. 28. *Cura.* — Un grammo di chinino. — Il bendaggio è tolto e si copre l'addome d'un cataplasma previa spalmatura di unguento mercuriale belladonnizzato.

La notte fu completemente insonne per una diarrea profusissima — 26 scariche.

9 aprile, 4.ª giornata. — Forze generali abbattute — morale però sempre eccellente, temp. 39.5, polso 100 , resp. 24, meteorismo scomparso, gli altri sintomi del giorno prima persistono immutati, — cura — vino di Marsala (300 grammi) con laudano (grammi 2), clisteri di decotto di riso.

Lungo il giorno la diarrea continua, ma meno abbondante — 9 scariche.

Temp. 40.5, polso 100, resp. 32, un colore rosso-vinoso di cattivo augurio riveste il gran labbro sinistro.

Notte inquieta e insonne per le molte frequenti scariche alvine che si elevarono a 15.

10 aprile, 5.ª giornata , mattina — la febbre è diminuita e in complesso si nota un discreto miglioramento — temperatura 38, polso 108, resp. 28. — Sintomi locali come nel

giorno antecedente — cura idem — 10 scariche nella giornata. Sera, tem. 40, polso 128, resp. 24. — Sonno di più ore nella notte.

11 aprile, 6.ª giornata. — Meno lo stato febbrile più accentuato e una leggiera dispnea, tutto si passa come il giorno precedente; temp. 40, polso 108, resp. 30, nessun cambiamento di cura. — Sera, temp. 40.5, polso 120, resp. 36. — Nelle 24 ore non ebbe che sole 5 scariche alvine.

12, 13 aprile, 7.ª, 8.ª giornata. — In questi due giorni ai fenomeni morbosi sopra ricordati si deve aggiungere la comparsa di placche gangrenose multiple su tutta la superficie edematosa del gran labbro sinistro — una prostrazione grave delle forze, e un edema considerevole dell' arto addominale sinistro, più spiccato al piede che la donna dura fatica a muovere — e finalmente la ricomparsa di orripilazioni appena venga scoperta.

Cura. — Si continua col vino di Marsala con qualche grammo di laudano — limonee ghiacciate — si inviluppano il tronco e gli arti addominali nel cotone — medicazione locale ammolliente e torpente con decotto di malva e di teste di papavero.

14 aprile, 9.ª giornata. — Faccia ippocratica, dolori a tutto l'ámbito addominale, senso di nausea e di vomito, ci svelano l'insorgenza d'una peritonite generale. — Continua l'adinamia — e ai genitali la gangrena invade anche il gran labbro destro — cura come sopra.

Nella giornata si nota un aggravamento di tutti i sintomi e veri vomiti di materie biliari si dichiarano — notte insonne.

15 aprile, 10.ª giornata. — Morte alle ore 4 e 3[4 pom. per collapsus, come si può dedurre dalla temperatura che si abbassò a 37°.

Autopsia 32 ore dopo la morte.

Rigidità cadaverica scomparsa — cervello e sue membrane, polmoni e cuore pressochè normali.

Addome. — Nel cavo peritoneale si riscontra una raccolta

di circa 500 grammi di liquido rosso torbido fetidissimo — tubo digerente enormemente disteso da gas — tra la tunica muscolare e sierosa dei tenui si osservano delle bolle di aria, non traccie di ulceri intestinali. — Fegato — capsula glissoniana sollevata dal sottoposto parenchima da uno strato di gas. — Superficie convessa e concava disseminate di punti biancastri della grossezza di piselli i quali a primo aspetto fanno sospettare altrettanti piccoli ascessi metastatici, ma che in realtà al taglio si trovano risultare formati da gas infiltrato fra le maglie del tessuto. — In una parola il fegato al taglio si presenta sotto l'aspetto di una spugna per enfisema generale. Milza friabilissima, color feccia di vino, voluminosa, pur essa disseminata da punti biancastri simili a quelli osservati sul fegato situati fra la capsula e il parenchima. — Reni leggiermente congesti.

Tolta la massa intestinale, l' entrata del bacino presenta l'aspetto che segue — Utero stirato a destra e in alto, mobilissimo, raggiunge col suo fondo il livello della cresta iliaca corrispondente.

La fossa iliaca sinistra è colmata dai tessuti propri, fattisi doppi di volume per edema infiammatorio. — La vescica piccola e quasi vuota, oltrepassa appena l' alto della sinfisi pubica. — Sollevando l'utero, il promontorio si presenta rivestito completamente da tessuti spappolati, ridotti ad un vero liquame gangrenoso.

Accuratamente esportato l' utero colla vescica, vagina e retto, rasentando il più che fosse possibile le pareti ossee del bacino, queste appaiono rivestite da tessuti gangrenati, i quali circondano per ovunque la sinfisi del pube e pei fori ovali si spingono ad invadere al di fuori della cinta ossea le radici degli adduttori e dei pettinei. — Collo della vescica, segmento inferiore dell'utero, canal vaginale e cellulare perirettale profondamente mortificati. — Solo in mezzo a tanta distruzione il fondo dell'utero, meno la sua mucosa che partecipa al processo di mortificazione, è sano.

La coniugata retta superiore misura 80 m.m.

Il lieve grado di ristrettezza, la facilità e prontezza della liberazione dopo la craniotomia, il precedente di un parto

spontaneo a termine, il piccolo volume del bambino, pesante solo 2780 grammi, ci autorizzano ad asserire che la sola craniotomia fatta dopo i primi tentativi di forcipe sarebbe bastata all'uopo, e così l'ostetricia conterebbe un disastro di meno.

Rivista sifilografica, dal 1866 alla fine del 1873; *del dott.* CARLO PADOVA, *già assistente alla Clinica sifiliatrica e dermatologica presso la R. Università di Pavia.* (*Continuazione della pag. 341 del fascicolo precedente*).

Capitolo IV.

Malattie sifilitiche primitive.

§ 1.° Entrando ora nel vasto campo delle malattie sifilitiche e seguendo i più recenti progressi che gli studiosi vi fecero, prima di ogni altra cosa dobbiamo dire dei fenomeni sifilitici primitivi. Fedeli alla nostra scuola, noi porremo fra questi tanto gli ulceri molli che gli indurati, quanto le adeniti di qualsiasi natura esse si presentino, senza punto negare con ciò che la sifilide costituzionale sii la quasi costante sequela delle affezioni del secondo genere e l'eccezione in riguardo alle prime. Ad ogni modo l'intervallo abbastanza lungo di salute che separa la comparsa dell'adenite indurata dalla insorgenza di fenomeni generali, e l'apparire di questa con il corredo di sintomi che accompagnano una invadente malattia di infezione, sono per noi ragioni sufficienti perchè non ci sii permesso decampare dalle instillateci idee, rispettando quelle degli altri.

E qui ci sembra il luogo di richiamare come in proposito la pensi l'illustre Gamberini. L'ulcero duro, secondo lui, avvisa l'infezione, avendone i caratteri iniziali e consecutivi. Egli stesso vidde pure qualche volta ad indizio della successa infezione la forma schiettamente tubercolare, che però presto assunse i caratteri dell'ulcero duro; adunque non è la forma iniziale del Rollet obbligatoria nel trapasso della sifilide dall'ammalato al sano.

Dimostra come vi sia chiara differenza fra la sifilide da *trapasso* dell'accidente secondario a quella da ulcero calloso primitivo. Questa differenza, molto difficile a dimostrare, secondo l'Autore consisterebbe in ciò che l'ulcero primitivo esordiente non ha quella forza maligna che ha l'accidente secondario *il quale è un ente patologico complesso in tutta la pienezza della sua forza e potenza.* Per cui si potrebbe dire non essere assolutamente vero che l'ulcero duro sia la stessa sifilide, ma come la *semenza* da cui procede d'ordinario la lue.

Parlando dell'ectima sifilitico, presenta due casi in cui in uno questa forma era consecutiva ad ulcero indurato, nell'altro ad ulceri molli, nel primo l'auto-inoculazione fu negativa, nel secondo positiva.

Il primo ectima, secondo l'Autore, vale come qualunque altra forma di sifilide costituzionale, mentre il secondo come il bubbone monoloculare dell'ulcero molle.

L' Autore trova nell' andamento dell' ulcero duro, qualche volta identico con quello molle, la conferma della sua professione di fede di unicità. A ciò pure è indotto considerando che se è facile conoscere che un ulcero è infettante, non esiste caso in cui si possa affermare con certezza che un ulcero sia semplice e che tale resterà, come si può anche vedere un ulcero molle poco a poco prendere i caratteri del duro; e di questo parere sono anche il Langlebert, Cullerier, Guérin, Sperino, Soresina ed altri. Inoltre la clinica gli insegnò che la lue può tener dietro all'ulcero senza indurimento e patimento glandolare qualunque. Conchiude quindi:

1.° Esistere un ulcero duro ed uno molle: dualismo teorico.

2.° L'ulcero duro essere fondamento di sifilide e quindi segue le leggi di questa.

3.° L'ulcero molle essere il seme della sifilide che d'ordinario muore sul luogo d'impianto.

4.° Potere però l'ulcero molle col tempo trasformarsi in luogo in ulcero infettante

a) accompagnandosi colla vera plejade,

b) sia svolgendo la monoadenite indurata,

c) o senza adenite, ciò che va d' accordo coi fatti di sifilide tardiva.

Trova poi il motivo di queste conclusioni nell' infiammazione che invade l'ulcero e dice che forse, se fosse possibile donare all'ulcero calloso od alla sua plejade tanta infiammazione quanta ne occorre per conseguire la predominante suppurazione, forse

si potrebbero arrestare le conseguenze dell'ulcero infettante. Da un caso di un fanciullo con infezione papulosa da lui curato in clinica trae la conferma che la papula mucosa vale l'ulcero molle, e che si possono tramutare l'una nell' altro e viceversa. Ciò dicasi pure dell'ectima, per cui a suo modo di vedere l'ulcero molle, la papula mucosa e l'ectima sono tre forme di natura identica.

Dell'indurimento dell' ulcero e della importanza sua nei rapporti colla sifilide costituzionale occupavasi anche Fournier, esaminandolo innanzi tutto quale si presenta realmente nella donna, ove, secondo lui. anzichè essere raro, è più comune che nel maschio.

1.° Vi sono degli ulceri *a sede comune* tanto nell' uomo che nella donna, ulcero delle labbra, lingua, faccia, palpebre, ecc., in queste l' induramento è indicato come segno caratteristico, anzi questo servì a certi Autori come solo segno alla diagnosi d' ulcero sifilitico. Inoltre volendo ricorrere ai risultati della inoculazione sperimentale, sui sei casi dove fu portata la lancetta si ebbe 5 volte l'induramento degli ulceri inoculati e questo esattamente come sull'uomo. Vi ha di più, gli autori dicono che nelle ulceri estragenitali l'induramento è più marcato nella donna che nell'uomo (Clerc e Rollet).

2.° Negli ulceri genitali si trova pure l' induramento e sulle grandi labbra può essere talmente indurato da presentare delle nodosità o callosità cartilaginose, e questo rilevasi dalle note cliniche dell'Autore, che presenta due casi, uno di ulcero indurato sulle piccole labbra e l'altro sulla clitoride. Clerc parlando degli ulceri dell'uretra e del meato urinario dice che i tipi più belli di induramento degli ulceri di questa regione appartengono alla donna. — Ricord ha osservato un induramento ulceroso pressochè *ligneo* sul collo di un utero prolassato. Non vi ha che una regione limitata degli organi genitali della donna, che è l'infundibolo vulvo-vaginale, in cui l' induramento si manifesta in un grado minore a quello dell'uomo, ed è in questo luogo dove le condizioni locali lo rendono meno accessibile all'esplorazione.

Esistono però delle differenze secondarie negli induramenti dell'uomo e della donna. Così nella donna è più facile l' induramento a *superficie*, vale a dire in superficie appiattite, mentre i grossi nodi vi sono più rari; nell'uomo il *callo* di un'ulcera sta sottoposto esattamente all' ulcero senza oltrepassarne i limiti, mentre nella donna un ulcero calloso è circondato, anche per uno spazio esteso, da altri nodi indurati più o meno numerosi.

L'induramento come segno clinico non è un carattere assolu-

tamente costante dell'ulcero sifilitico. Presso la donna come presso l'uomo, però l'ulcero sifilitico non indurato è una rara eccezione, e quest'assenza è il più delle volte imputabile a delle condizioni locali che mascherano, e rendono inaccessibile questo sintomo alla esplorazione. Inoltre l'induramento può mancare nella sintomatologia di un ulcero, come alcun altro segno può fare difetto in altre malattie, senza che per questo l'ulcero sia modificato nella sua natura e nella sua essenza.

Epperò non bisogna credere che un ulcero non indurato sia un ulcero *molle*, come viene chiamato clinicamente, perchè l'ulcero molle è una specie particolare, una malattia speciale, non producente la sifilide. Ulcero molle, ulcero non indurato, sono due specie affatto separate, dunque non si deve trarre alcuna deduzione sullo stato della base dell'ulcero stesso.

Che sia frequente poi questo stato di induramento, lo prova l'Autore colla statistica sua propria, avendo osservato su 100 casi presi ad azzardo 87 volte l'induramento manifestissimo, e negli altri tredici per otto volte non potè essere constatato perchè gli ulceri erano in posizione non esplorabile. Insomma mancò solo 5 volte su cento.

In un ulteriore lavoro Fournier si occupa poi in modo particolare della diagnosi differenziale fra le diverse sorta di ulceri e malattie affini, e dopo il fin qui detto hassi quanto basta per comprendere come alcune volte tale diagnosi possa riuscire difficile anche ad ulcero pienamente sviluppato. Ma la cosa è impossibile quando sia nascente, perocchè desso rassomiglia ad ogni sorta di erosione, nè valgono a differenziarlo che due segni: l'induramento e l'adenopatia.

L'erpete può essere confuso coll'ulcero, cioè l'erpete confluente, l'erpete incavato, a lunga durata, solitario e ulceriforme. Qui presentansi tre punti di diagnostico.

1.° Lo stato dei gangli, chè nell'ulcero vi è adenopatia costante, dura, persistente, nell'erpete invece una leggiera tensione sub-infiammatoria.

2.° L'induramento, che nell'ulcero è costante o quasi, manca nell'erpete.

3.° Lo stato circonferenziale della lesione, che nell'ulcero è rappresentato da un cerchio di un certo diametro più o meno regolare. Nell'erpete invece sonvi traccie di piccoli segmenti di circonferenza regolarissimi, dipendenti dalla fusione di piccole piaghe d'erpete regolari.

L'evoluzione ulteriore poi è il criterio più sicuro.

Un'ultima causa di errore da evitarsi è la coesistenza possibile delle due lesioni, che è piuttosto frequente nella donna.

La vulvite erosiva si distingue dall' ulcero solo per l' insieme dei caratteri infiammatorii dipendenti dalla prima lesione, quali erosioni svariate, multiple e superficiali, rossore generale delle parti, tumefazione edematosa delle labbra, suppurazione abbondante di aspetto blennorragico. L' Autore cita un fatto in cui questi sintomi poterono rivestire la fisonomia dell'ulcero.

Nella sua forma esulcerativa e ulcerativa è principalmente l'ulcero semplice che va distinto dall'ulcero sifilitico.

Il primo è generalmente multiplo, confluente l' ulcero vero, incavato e scavato, con bordi tagliati a picco, acuti, intagliati. Fondo ineguale, anfrattuoso, di colore giallastro, di aspetto chiaro, vivo, animato con secrezione abbondante di vero pus. Base molle, nessuna coesistenza infiammatoria diffusa, una durezza pastosa, edematosa, come quella della base d'un furoncolo. Assenza di secrezione gangliare, o bubbone acuto, infiammatorio, frequentemente suppurante, e convertentesi, una volta aperto, in un vero ulcero, pus autoinoculabile.

L'ulcero sifilitico invece è sovente unico, giammai confluente. Erosione più che ulcerazione, meno incavato, non ha bordi; i contorni sono aderenti, soventi elevati. Il fondo è liscio, come verniciato, lucente, di colore grigiastro o di un bruno rosso. Pochissima secrezione siero-saniosa con pus non autoinoculabile. Base a vari gradi indurata. Adenopatia costante, necessaria, *fatale*, indolente, generalmente poliganglionare.

E questo bisogno di andare in cerca di molteplici caratteri distintivi per gli ulceri infettanti dimostra come ben di soventi convenga aspettare gli effetti per diagnosticarne la natura e giustifica fino ad un certo punto la conseguenza che ne trasse Rollet della possibilità di un ulcero misto, ed al quale il dott. Ricordi da fedele dualista porge un nuovo tributo. Espone egli infatti quattro storie coi necessari dettagli per fare ritenere positiva la sua diagnosi. La prima si riferisce all' innesto di un ulcero venereo sopra una papula mucosa, in seguito a coito con individuo affetto da quella forma. La seconda riguarda un ulcero pure venereo innestato su di uno sifilitico pel fatto che mentre era affetto da un ulcero sifilitico susseguito da forme consecutive, una nuova infezione cambiò l'aspetto di questa lesione dandogli quello di venereo, e difatti visitato il soggetto da cui ebbe l'ultima infezione, lo si riscontrò affetto di ulceri venerei. La terza

e la quarta vestono il carattere di ulcero misto per simultaneo innesto di materia sifilitica e venerea.

Da tali fatti l'Autore trae le seguenti conclusioni:

1.° L'ulcero misto esiste realmente: esso è dimostrato dallo sperimento e dalla clinica.

2.° Non è una nuova specie di ulcero, ma il risultato di una fortuita unione del virus sifilitico e della materia dell'ulcero venereo: l'ulcero misto è unico terreno nel quale due semi diversi eseguiscono separatamente le proprie evoluzioni senza confondersi, senza che l'uno sii influenzato dall'altro.

3.° L'ulcero misto può formarsi per la deposizione di materia ulcerosa venerea sopra una forma di sifilide primitiva, o consecutiva (papule mucose, alcune sifilidi cutanee) oppure pel trasporto di virus sopra un ulcero venereo.

4.° L'ulcero che era misto può sdoppiarsi e ritornare ad uno degli elementi primitivi.

5.° L'ulcero venereo sul quale si è trapiantato il virus sifilitico, e che è destinato quindi a diventare misto (mentre incuba il detto virus) non può che trasmettere ulceri venerei.

6.° L'ulcero misto nelle sue ultime fasi può sdoppiarsi, estinguendosi in esso l'elemento venereo, restandovi meramente il sifilitico; ed in tal caso non trasmette che ulceri infettanti.

7.° Dall'ulcero misto ben formato deriva un prodotto doppio, capace di dar luogo ad ulceri i quali diverranno misti.

8.° Potrebbe darsi anche il caso che quel prodotto avesse a dar luogo, per particolari circostanze attualmente non bene valutate, ad una sola specie di ulcero.

9.° L'ulcero misto naturale può aver luogo pel commercio carnale di due individui, l'uno affetto da ulcero sifilitico o di una forma così detta secondaria; l'altro d'ulcero venereo. Ambedue gli individui scambiandosi la loro malattia possono rimanerne affetti; oppure l'un solo di essi. Anche un individuo, il quale avesse un ulcero venereo, in un con una forma contagiosa di sifilide, può trasmettere gli elementi per l'ulcero misto.

10.° È più frequente l'ulcero misto per la trapiantazione della materia ulcerosa venerea sopra una forma di sifilide, che non per il caso opposto.

11.° L'ulcero misto è reinoculabile pel solo fatto che fornisce materia ulcerosa venerea; e l'ulcero risultante dalla inoculazione è venereo.

12.° L'ulcero misto partecipando di due elementi ulcerosi, è esordio della sifilide; sviluppa le adeniti indurate, indolenti e tal-

volta bubboni suppuranti semplici od ulcerosi (ulcero ganglionare venereo).

13.° L'ulcero misto è un fatto non frequente ad osservarsi.

14° L'ulcero misto è uno degli argomenti i più validi per la dimostrazione del dualismo ulceroso.

E come se le artificiali complicazioni di forma e natura nelle forme sifilitiche primitive non bastassero, Diday cerca stabilirne una nuova specie coll'ulceroide misto.

Se un individuo non ha avuto prima la sifilide, contrarrà un ulcero; se l'aveva sofferta e non ne era totalmente guarito, prenderà un ulcero semplice obbiettivamente identico al sifilitico, ma senza adenopatia specifica sebbene sia indurato, e senza sintomi generali consecutivi. Ora questa specie si potrà chiamare ulceroide, come è derivato da vaiuolo, vaiuoloide. Se vi è un ulcero misto, vi sarà anche un ulceroide misto, cioè che dia la secrezione dell'ulceroide e dell'ulcero semplice. Sebbene questo fatto sia raro, pure l'Autore ne riporta un caso. Un individuo ha un piccolo ulcero; al prepuzio. Dieci anni prima ha avuto un ulcero, adenite, e fenomeni consecutivi, ma di tutto questo pareva guarito. Questo tale, giorni prima di avere l'ultimo ulcero aveva avuto commercio impuro con più donne, e con una proprio la sera in cui si accorse dell'ulcero stesso. Sette giorni dopo ad onta della cura, è preso da ulcerazioni a margini a picco e presenta induramento che va mano mano crescendo, ma senza adenopatia, finalmente l'ulcero si cicatrizza e l'induramento persiste. Sette mesi dopo l'induramento era allo stato di consistenza inodulare, senza fenomeni generali.

Non sarebbe stato possibile secondo l'Autore che questo malato avesse preso ulcero semplice e sifilide in un solo avvicinamento con una donna simultaneamente colpita da queste due specie di mali. In tale caso avrebbe veduto sopra sè stesso le due lesioni quantunque contratte lo stesso giorno, allo stesso minuto, comparire una dopo l'altra, l'ulcero semplice dapprima, indi l'ulcero sifilitico, ciascuno secondo l'ordine della propria incubazione regolamentare. In questo caso se fosse stato seguito da fenomeni secondarj, questi sarebbero apparsi in un termine più lungo di 45 giorni, perchè questo termine non va contato che dal momento in cui si sviluppò l'ulcero misto, e questo lasso di tempo sarà la differenza che esiste per l'incubazione dell'ulcero semplice e quella del sifilitico, che in media si può valutare a quindici giorni.

Ma in opposizione alle teorie dualistiche stanno il modo di

vedere e la realtà dei fatti di altri non meno distinti sifilografi ed in questi ultimi tempi di Ausspitz, Corten, Thiry, Dittrich.

Il primo di questi in un pregievolissimo libro che è a ritenersi quale uno dei migliori critici repertorii della moderna letteratura sifilografica, dopo avere esaminata la parte storica, entrando nelle singole parti della sifilojatria, esposte le osservazioni ed esperienze di ogni singolo Autore con le annesse conclusioni, e fatte seguire le critiche proprie, esaminate e commentate le lotte scientifiche nei vari argomenti in materia di sifilografia, sia dei capi scuola come anche degli scrittori che mano mano un metodo od un' opinione seguono, o l' altra, esposti gli esperimenti fatti su vari modi di trasmissione della sifilide, e sulla inoculabilità dei prodotti sifilitici secondarj, ecc., l'Autore viene alle seguenti conclusioni:

La *unità* del veleno sifilitico è inconcussa. Il veleno esercita un' *azione cronica* corrispondente all' assorbimento del corpo, o una *acuta* (pustole, ulcero molle, bubbone acuto) che d'*ordinario* resta locale.

Di solito questi due modi di agire si escludono: possono però anche combinarsi. Così l' azione cronica del veleno ha ordinariamente il suo punto di partenza in una lesione costituzionale, l'acuta invece in un ulcero molle. Ma i trapassi di queste due forme sono indubitati. A tali risultati giungeva Ausspitz e coincidono con quelli di Boeck e Michaelis. La causa di questa varietà d' azione, oltrechè nella concentrazione del veleno, e nella ricchezza dei corpuscoli marciosi alla sorgente del contagio, starebbe anche nelle modificazioni della miscela chimico-fisiologica a determinare la quale occorreranno nuovi esperimenti.

Corten incomincia a dire che la cura mercuriale preventiva, sieno pure palesi nell'ulcero i caratteri così detti infettanti, non vale; se ciò fosse, in allora tutti coloro che maneggiano il mercurio dovrebbero andare immuni della sifilide costituzionale. Egli riferisce un caso clinico di un uomo il quale affetto da tre ulceri guarì con cicatrice liscia di due e l'altro gli lasciò cicatrice indurata, ad onta che fino dai primi momenti fosse stato sottoposto ad una cura interna di sublimato. Sette mesi dopo essendo scomparso affatto l' induramento sotto questa cura che fu sempre continuata, contrasse un altro ulcero che lasciò esso pure una cicatrice indurata, e a farla scomparire, anzi a far guarire il giovane da *questa nuova* infezione, furono duopo sei altri mesi di cura interna. Da ciò, oltre al trarne per corollario che il mercurio non ha azione preventiva sull'indurimento dell'ulcero, l'Autore vede

provato che quelli che hanno avuto un primo attacco di sifilide non ne vanno preservati da un secondo, ed inoltre che è un errore il credere all'esistenza dell'ulcero molle e dell'ulcero infettante. Questo ammalato ebbe da uno stesso virus tre ulceri, due guariti senza lasciare traccia ed uno con induramento. Non ammette che la donna infettante abbia potuto avere un ulcero molle ed un ulcero sifilitico.

L'egregio dott. Soresina, riportando questo articolo, nota che sonvi nella storia sifilografica molti esempj di ulceri molli che furono seguiti da sifilide costituzionale, e di ulceri induriti i quali terminarono localmente senz'altro postumo, inoltre che in questa storia l'Autore ponendo tutta la sua confidenza nell'indurimento quale segno di infezione, trascurò lo stato delle ghiandole che erano in rapporto coll'ulcero stesso, e quindi che questo caso clinico del dott. Corten perde ogni valore scientifico.

Non così per altro dovrassi dedurre quando, anche senza la cognizione di un interessamento glandulare, hassi palese da un ulcero molle la sifilide costituzionale e ciò risulta dai seguenti fatti esposti da Thiry.

Un giovane linfatico presentavasi alle consultazioni di Thiry con tre ulceri al pene, due occupavano il solco balano-prepuziale, il terzo il frenulo; erano tre tipi di ulcero molle. — Cura locale. Altri pratici avrebbero dato il mercurio, ma non lo fece Thiry, il quale non crede alla di lui azione preventiva e segnala il caso di quell'amalgamatore di specchi côlto da idrargirismo che contrasse la vera sifilide. Si deve somministrare il mercurio quando si ha l'ulcero indurato, perchè senza induramento ben caratterizzato non vi ha sifilide. Nell'ammalato in discorso gli ulceri cicatrizzarono ed il terzo, quello sul frenulo, terminava con induramento. Ora questi tre ulceri non ebbero tutti la stessa sorgente?

Non gli vale, che il paziente sia stato infettato da un ulcero molle o da un duro o da un misto, perchè questi diversi nomi *non esistono che nella mente di quelli che li hanno immaginati.* E narra il caso di tre persone che ebbero rapporti con una donna che portava un ulcero molle guarito coi soli mezzi locali, mentre due di quelle persone riportarono ulceri molli ed il terzo un ulcero infettante. Inoltre riferisce altri tre casi di individui affetti da ulceri che ebbero eguale decorso, ma di cui uno terminò con regolare cicatrice, l'altro con induramento.

Da queste considerazioni l'Autore ne deduce:

1.° Che non vi ha che un sol virus;

2.° Che non vi ha che una sola specie di ulcero;

3.° Gli ulceri che terminano con indurirsi sono i soli che ingenerino la sidlide. Da ciò risulta che nel periodo di progresso non si può diagnosticare se l'ulcero sia molle o duro, *come hanno sognato alcuni teorici senza stare ai fatti.*

Non dissimili sono le conclusioni cui aborda Dittrich, così concepite:

1.° L'ulcero molle può dare e il bubbone indolente e la sifilide costituzionale tanto quanto l'ulcero indurito.

2.° Un individuo che abbia sofferto di sifilide costituzionale può contrarre nuove infezioni.

3.° In seguito a queste infezioni si può sviluppare un ulcero duro.

4.° Non solo i condilomi piatti o le placche costituiscono delle manifestazioni di lue generale, ma eziandio i condilomi peduncolati.

5.° Durante il corso della sifilide può darsi un bubbone suppurante. Inoltre combatte la dualità del contagio coll'ulcera sifilitica.

E ritornando lo stesso Autore indi ad un anno sull'argomento, non fa che riconfermarsi nelle sue convinzioni. Mentre egli negli esperimenti colla inoculazione non trova differenti risultati per gli unicisti anzichè pei dualisti, trova egli pure nella clinica la possibilità della sifilide costituzionale in seguito ad ulcero molle, non che quella di nuove infezioni in individui già sifilitici, e ritiene che il condiloma piatto ed il peduncolato sono manifestazioni sifilitiche, e che può nel corso della sifilide svilupparsi il bubbone. L'Autore troverebbe la spiegazione del diverso risultato tra i fatti clinici e le esperienze in ciò che durante il coito ha luogo una trasmissione elettro-organica mancante del tutto nelle inoculazioni artificiali ed in parte nei risultati ottenuti dalle esperienze di Höbner con pus allungato. — Ammette nell'ulcero molle un pus solo di più debole azione di quello dell'ulcero duro. — Per lui si può inoculare il virus allungato e filtrato delle forme secondarie ed allora si ha un ulcero molle e reinoculabile.

Non conviene però spingersi troppo nelle induzioni e limitiamoci come fa il nostro Gamberini all'osservazione. Ecco in qual modo egli, unicista per convinzione, espone la propria dottrina:

Dapprima tanto i dualisti che gli unicisti annunziano che la pustola dell'ulcero molle non dà sempre l'ulcero duro; per lui una pustola, papula o tubercolo sono il primo anello di detti ulceri, sebben vi siano eccezioni per ambedue. Questi ulceri ambedue

ponno trasformarsi in rilevatezza papulare, solo in quella dell'ulcero molle primeggia la purulenza che manca nell'altra. È bensì vero che l'autoinoculazione dell'ulcero molle dà effetto positivo, mentre quella dell'altro lo dà negativo, ma vi sono pure i fatti di reinoculazione ed è pure il fatto eccezionale di risultato positivo inoculatorio di materiale di ulcero duro immesso nel sifilitico, che origina un ulcero molle, il quale a sua volta crea un ulcero duro se è innestato nel margine di sifilide. — Tanto nei casi di ulcero duro che di ulcero molle si ha la adenopatia e talvolta si hanno altresì esiti eguali, così il fagedenismo insorge di rado anche nell'ulcero duro.

L'Autore inoltre considera l'induramento dell'ulcero come un epifenomeno, che alcune volte si verifica anche nell'ulcero molle, per cui a spiegare ciò venne indicato l'ulcero misto. A spiegare l'ulcero misto ammette il trapasso conseguente dell'accidente primitivo (ulcero molle) nel secondario (ulcero duro), il primo non è che il seme, il secondo il frutto.

Ai fatti del Robert contrappone quelli del Nodet. La presenza poi simultanea dell'ulcero molle e del duro ha riscontro nei casi di coincidenza di una periostosi con sifilide pustolosa, di ectima con papule, ecc., perciocchè la polimorfia obbiettiva e subbiettiva è caratteristica della lue venerea.

Studiando indi che cosa sia l'ulcero molle, fa vedere come può andar soggetto a papule umide, ulcerabili, auto-inoculabili per contatto, guarire, ricomparire ed essere seguito da fenomeni terziari, e guarire completamente mercè la cura antisifilitica. E riporta a questo scopo una storia di un individuo cui dietro il solo ulcero molle, si manifestarono pustole al capillizio, ulceri alla bocca, e clorosi senza adenite, le quali guarite per tre mesi dal protoioduro di mercurio si ripeterono e si svolse angina ulcerosa, pleiadi cervicali, guarendo ancora colla cura mercuriale senza lasciar segno di indurimento al sito dell'ulcero. Inoltre parecchi fanciulli contaminati da nutrice sifilitica ebbero alla bocca ulceri molli senza adenite, che in donna sana produssero ulceri duri. Dunque l'ulcero molle può sifilizzare.

Il pus dell'ulcero molle emigrando per assorbimento naturale, come può attuare la papula, può attuare anche l'ectima, essendo sempre autoinoculabile, e può dare accidenti sifilitici costituzionali. È vero che questo sarebbe eccezione nell'ulcero molle e regola nel duro, ma la differenza non è posta nella frequenza più che nella realtà del fatto.

Nell'epidemia che desolò l'Europa sul cadere del XV secolo,

secondo è provato da Fracastoro, Leoniceno, Torella, Cataneo Vigo, primeggiava l'ulcero molle; alcuni altri come Vigo, Bergoruzio, Bazin, Solura, Pareo, Petit parlano di ulcero duro. — Ricord chiamò infettante l'ulcero molle; e che l'indurazione non sia essenziale alla lue celtica lo provarono altri moderni, fra i quali i nostri italiani Soresina e Galligo. Dubue portò 7 osservazioni, dalle quali risulta che dopo l'ulcero molle fagedemico possono svolgersi accidenti sifilitici gravissimi. Anche Bazin spiega coll'unicità del virus venereo l'origine degli accidenti comuni primitivi locali (1).

Dalle cose dette l'Autore conchiude ammettendo due forme di ulcero, il molle ed il calloso, che sendo diversi anatomicamente, pure talora raggiungono lo stesso scopo, la sifilide costituzionale, per cui l'ulcero molle vale il seme della sifilide, mentre il duro sarebbe la stessa sifilide, ossia il frutto consecutivo. Il seme muore in luogo, il frutto prolifica, e l'ulcero misto di taluni non è che il tramutamento dell'accidente primitivo in accidente secondario.

La terapeutica poi ciò conferma, perocchè ambedue questi ulceri ponno guarire spontaneamente.

In ultimo rispettabili sifilografi guarirono casi di lue colla sifilizzazione del pus dell'ulcero molle, per cui bisogna convenire che vi è rapporto tra ulcero molle e duro.

Conclude quindi essere l'unicismo del pus ulceroso il più plausibile concetto patologico in faccia alla lue venerea; nè tardò la clinica a confermarlo di nuovo. Diffatti il dott. D'Ormea, assistente al prof. Gamberini, riferisce un caso da lui osservato nella Clinica di Bologna in cui eravi stato ulcero molle 15 anni avanti, cioè nel 1849, colla comparsa nel 1864 di eruzioni cutanee sifilitiche, susseguite da lesioni delle corde vocali.

Il Lancereaux però ad onta di questi argomenti, sebbene un tempo avesse inclinato verso l'unicismo pei fatti d'analogia con altre malattie di infezione, quali il vaiuolo, il cow-pox, la vaccina, ecc., nelle quali esiste una pustola vera iniziale, una caratteristica, ed una falsa tutt'affatto differente, ora non se ne trova convinto. Egli nell'ultima edizione del suo trattato della sifilide, esaminando la quistione dell'unicismo e del dualismo, dopo di aver riportato gli argomenti che militano a favore degli uni e degli altri, di averne bilanciato il valore, principalmente sugli

(1) Irritazione epigenetica, catarrale, od ulcerosa, od infiammatoria specifica.

argomenti addotti che alle volte l'ulcero molle fu seguito dalla sifilide costituzionale, che può derivare dall'ulcero indurato, e che può trasmetterlo qualche volta, addiviene alle seguenti conclusioni:

1.° Non è provato che un ulcero semplice, profondo, suppurante, con bordi a picco, ulcero molle insomma, sia stato in alcun caso l'accidente iniziale della sifilide costituzionale.

2.° Non è meglio dimostrato che questa stessa affezione abbia mai trasmesso un ulcero indurato e la sifilide.

3.° Infine le osservazioni cliniche le quali tendono a far ammettere che, date certe condizioni, l'ulcero molle possa derivare dall'ulcero indurato, non essendo ancora state confermate dall'esperimentazione, noi non siamo autorizzati a riconoscere l'esistenza di un vero rapporto tra l'ulcero molle e la sifilide.

Qualora ci si dimostri chiaramente che il virus sifilitico è suscettibile di esser modificato, di degenerare in maniera che, sotto certe condizioni, possa generare l'ulcero molle, immediatamente noi diverremo partitanti dell'unicismo. In attesa di ciò crediamo che il quadro delle malattie veneree si debba dividere in tre ordini di malattie, tre specie distinte, che sono: la blennorragia, l'ulcero venereo, e la sifilide.

§ 2.° Ad illustrare questo punto di sifilografia valse poi non poco la continuazione delle esperienze mediante artificiali inoculazioni. — Primo fra i campioni di esse ci si presenta il professor Tanturri ed egli le espone in un erudito lavoro cui fu condotto pel desiderio di controllare il detto da Rollet, che, cioè, *quando l'ulcero duro è reinoculabile, si tratti di ulcero misto* e le indagini sue gli fanno conchiudere:

1.° Il prodotto dell'ectima sifilitico è reinoculabile e la sua reinoculabilità è limitata alla cute.

2.° L'ulcera secondaria delle mucose, non derivante da fasi necrotiche e suppuranti del condiloma piatto e della neoplasia gommosa, è reinoculabile sulla mucosa.

3.° Il condiloma piatto sotto certe condizioni diviene reinoculabile sulla cute e non sulla mucosa.

4.° Il sifiloma semplice della cute o della mucosa è in generale reinoculabile, ma in certi casi in cui si reinocula sulla cute dà origine ad un'ulcera che si trasmette sulla cute e non sulla mucosa.

5.° Le lesioni indotte dalla inoculazione sperimentale dell'ectima, delle ulceri secondarie della mucosa, dei condilomi piatti, del sifiloma semplice, sono *ulceroidi.*

6.° Gli ulceroidi hanno un potere di reinoculabilità limitato e si distinguono sperimentalmente dall'ulcera (molle) la quale si inocula illimitatamente sulla cute e sulla mucosa.

7.° La proprietà contagiosa del sifiloma, delle alterazioni discrasiche e dell'ulcero molle non è connessa colla presenza delle cellule purulenti.

8.° La gomma e l'ulcera di origine gommosa della cute e del tessuto mucoso somministrano prodotti irreinoculabili e non difettivi.

Termina con queste parole:

« In generale l'ulcero duro è irreinoculabile, ma tengo per fermo che i casi parziali di reinoculabilità non sono dovuti esclusivamente alla esistenza dell' ulcera mista, ma allo stesso sifiloma semplice i cui prodotti o spontaneamente o artificialmente acquistano un grado di potere irritativo del quale ignoriamo la vera causa efficiente materiale. »

Ma a dimostrare come si debbe limitare il valore che di solito si dà alle inoculazioni artificiali in fatto di sifilografia, sorse il dott. Ricordi, il quale con una serie di esperimenti si propose di trovare la cagione dei vari risultati contrari. Infatti mentre nelle mani di Pellizzari gli esperimenti di irreinoculabilità delle forme sifilitiche primitive ebbero un esito nullo, abbiamo ora veduto come Tanturri riescisse ad inoculare le forme ectimatose, le ulcerazioni successive ed anche la forma iniziale.

La prima osservazione del dott. Ricordi è un caso clinico di reinoculazione di forma iniziale di sifilide, riescita dopo 27 giorni dall'innesto, il di cui prodotto diede risultato negativo. Le altre che seguono sono 13 positive. In esse l' Autore reinoculò l'ectima semplice, il pus di piaghe da geloni sopra lo stesso ammalato e sopra altro individuo, di piaghe da scrofola sullo stesso ammalato, di pus da ferite da sanguisughe suppurate che due volte gli riescì positiva, e una negativa sull' ammalato stesso, e positiva sopra altro individuo; e dice anche di due fatti di inoculazione ripetuta e positiva di pustole di tartaro stibiato, ciò che successe al dott. Gamba, il quale lo comunicò all' Autore stesso. Fece la reinoculazione di una forma iniziale di sifilide ulcerata dopo di avere determinato in essa un processo distruttivo mediante pus non venereo, che ebbe esito positivo.

Da queste esperienze l' Autore crede la vera reinoculazione delle forme sifilitiche essere un fatto estremamente raro. L'Autore la chiama *reinoculazione falsa*, e si può ottenere con qualunque superficie suppurante non sifilitica la quale si trovi in spe-

ciali condizioni, e può dare prodotti contagiosi ma presto o tardi si cicatrizza da sè. — Egli anzi per la perfetta somiglianza d'aspetto dell'ulcerazione venerea e di quella ottenuta dai suoi innesti sarebbe fortemente tentato a pensare ad una probabile affinità del principio contagioso dell' ulcero venereo con quello che impiegò ne'suoi esperimenti.

Le altre osservazioni, che sono le ultime quattro, tendono a dimostrare come cadano le conclusioni di Tanturri, cioè che l'ulceroide può essere prodotto sulla cute e non sulla mucosa. A ciò fece la inoculazione di materia tratta da una piaga da furuncolo, con esito positivo sulla cute e sulla mucosa; l'innesto sulla mucosa di un'ulcera sperimentale situata sulla cute dello stesso individuo; la reinoculazione di una forma iniziale di sifilide ulcerata dopo di aver determinato in essa un processo distruttivo con materia non venerea. Esito positivo sulla cute, negativo sulla mucosa del medesimo individuo. L'inoculazione della materia tolta ad una forma iniziale di sifilide irritata artificialmente con pus non venereo, e situata alla cute sopra la mucosa di altro individuo sifilitico con esito positivo. Finalmente l'inoculazione sulla mucosa di un ulcero sperimentale situato alla cute, positiva.

Il risultato in questi casi si fu un' ulcerazione con tutti i caratteri fisici dell'ulcero molle.

Sarebbe adunque la materia purulenta, anzichè una virulenta, quella che avrebbe agito in molte positive inoculazioni, e ciò starebbe in armonia con la dottrina del prof. Baerensprung circa alla origine della sifilide e che da esso viene così riassunta:

1.° Il *virus* dell'ulcero molle sarebbe intimamente legato alla secrezione di altro ulcero molle, ovvero al pus del bubbone acuto che l' accompagna frequentemente. Il virus dell' ulcero indurito procederebbe da un altro ulcero indurito o da condilomi ulcerati;

2.° Il *virus* dell'ulcero molle, trasmesso per inoculazione o per contatto, farebbe sorgere, nelle prime 24 ore, una pustola che rompendosi, lascia dietro di sè un nuovo ulcero molle. Il virus dell'ulcero indurato, trasmesso per inoculazione o per contatto, non produrrebbe degli effetti apprezzabili che dopo quattro settimane. È allora soltanto che si svolgerebbe una piccola nodosità, la quale assumerebbe a poco a poco il carattere dell'ulcero indurito;

3.° L'ulcero molle sarebbe una affezione puramente locale, non mai sussegita da alcuna manifestazione costituzionale. I suoi effetti non si estenderebbero oltre le glandule linfatiche le più

prossime. Queste in causa dell'assorbimento del pus ulceroso potrebbero trasformarsi in bubboni ulcerosi. L'ulcero indurito non sarebbe in alcun periodo del suo svolgimento una affezione locale, ma costantemente un prodotto della sifilide costituzionale, risultante da un pregresso avvelenamento del sangue;

4.° Il virus dell'ulcero molle agirebbe tanto sugli individui già in preda alla sifilide costituzionale, come sopra quelli che non lo sono affatto. Il virus dell'ulcero indurito non attaccherebbe mai una seconda volta gli individui che hanno subita la lue;

5.° L'ulcero molle si lascierebbe costantemente inoculare tanto sopra lo stesso individuo come sopra gli altri; a condidizione per altro che non abbia perduto la sua virulenza in causa di una gangrena locale, o per incominciata guarigione. L'ulcero indurito, al pari degli altri prodotti della sifilide secondaria, non potrebbe inocularsi al malato che ne è affetto. Esso non avrebbe azione che sopra quelli soltanto che non ne sarebbero mai stati affetti.

Ma una smentita a questi fatti viene ora data dalle esperienze di Boek e Schoel. Secondo essi il pus dell' ulcero duro è inoculabile su chi lo porta in fino a che è dotato di virtù contagiosa anche sugli organismi sani, e se ciò non avviene dopo alcuni giorni, basta irritarlo che fino al termine del secondo settenario può ridiventare contagioso.

Il *virus* sifilitico racchiuso in tubetti di vetro conserva la propria attività per una settimana, appena per tre o quattro giorni se posto fra lastrine di vetro. Se i tubetti vengono posti sul ghiaccio, la potenza del *virus* si limita a cinque giorni; se mantenuti ad una temperatura di 35°, a quattro. Le croste sifilitiche mantengonsi più attive che non il *virus*.

Un valore, se non uguale a quello delle artificiali inoculazioni, trattandosi qui di cose già dimostrate, però grandissimo, ebbero in sifilografia altri modi di contagio e ciò ci viene offerto dalla sifilide d'allattamento, da quella da innesto vaccinico, da alcuni modi eccezionali di inoculazione, dallo studio che si fece sulla contagiosità delle secrezioni fisiologiche e dagli esperimenti di trasmissione della sifilide dall'uomo ai bruti.

§ 3.° La sifilide da allattamento continuò negli ultimi otto anni a formare soggetto di severi studi, sebbene nulla di nuovo si abbia potuto aggiungere alla completa monografia che nel 1865 pubblicava il dott. Ricordi e della quale diede già conto in una sua Rivista il prof. Scarenzio. Quelli che recentemente ne parlarono non lo fecero che per fare conoscere ulteriori fatti pur

troppo dimostranti quanto una poco diligente osservazione e la non curanza influiscano alla perniciosa diffusione.

Dron racconta di 17 nutrici che dopo avere pôrto il seno ad un unico bambino sifilitico, presentando nessun segno di malattia, assumevano l'allattamento di altrettanti indubbiamente sani, ed in corso d'allattamento loro svlluppavasi un ulcero al seno che fortunatamente da sole cinque venne trasmesso al nuovo poppante. Di rimarchevole in queste storie avvi la durata dello stadio di incubazione della sifilide, che sorpassò il tempo ordinario. Infatti nella prima la nutrice allatta il bambino sifilitico per un mese e mezzo e non ha l' ulcero alla mammella che dopo tre giorni dalla morte di questo. La seconda storia tratta di una nutrice che allatta un bambino per sei settimane ed ha le prime forme alle mammelle otto giorni dopo la morte di esso. La terza risguarda altra balia che allatta un altro bambino per un mese circa, ed ha le prime manifestazioni di sifilide otto giorni dopo la morte di questo. La quarta presso a poco è come la terza. La quinta nutrice, soggetto della storia susseguente, allatta per tre mesi e mezzo un bambino sifilitico e le prime manifestazioni le ha quindici giorni dopo la morte di questo. La sesta pure allatta per qualche settimana e le si manifesta la sifilide 15 giorni dopo la morte del bambino. La settima allatta un bambino per più di quindici giorni dopo le manifestazioni sifilitiche, indi tralascia di allattarlo, e il bambino è nutrito da una capra. Dopo tre settimane la nutrice ha le manifestazioni al capezzolo. La ottava allatta per un mese circa, e le prime forme le si manifestano 3 settimane dopo. La nona allatta per soli 4 giorni un bambino sifilitico indi lo restituisce al P. L. degli Esposti, e dopo un mese ha l'ulcero alla mammella. La decima lo allatta per un mese, e dopo un altro mese ha le manifestazioni sifilitiche. L'undecima lo allatta per due mesi e più e poco dopo la morte del bambino ha le forme sifilitiche al seno. La dodicesima lo allatta per sei mesi e poco dopo ha papule al seno che si esulcerano.

In tutte queste per casualità fortuita cessò l'allattamento appena i bambini alle stesse affidate morivano, ma nelle altre cinque passò la infezione ricevuta dai primi bambini ai secondi che per ventura ebbero a prendere di nuovo per continuare l' allattamento.

Diffatti la prima di queste nutrici di cui parlano le 5 osservazioni in discorso prende un bambino ad un Ospizio, che dopo un mese si ammala, per cui vien riportato allo Stabilimento. La nutrice non presentando nulla di anormale, gliene viene consegnato

un altro sano; otto giorni appresso la nutrice ha i primi segni della malattia e il secondo bambino dopo due mesi li ha esso pure.

La seconda tralascia di allattare il proprio bambino di 9 mesi per prenderne un altro di aspetto cattivo, e con alcune manifestazioni sifilitiche, per cui dopo tre giorni lo abbandona e ritorna a dare il latte al primo, ma tre settimane appresso ha due ulceri alle mammelle e il bambino intanto deperisce ed ha male alla bocca. La terza ha i sintomi della sifilide 15 giorni dopo di aver abbandonato il bambino infetto; ne allatta un altro che li ha dopo tre settimane d'allattamento.

Alla quarta ciò succede un mese dopo la morte del fanciullo infetto che ella aveva sempre allattato. Alla quinta dopo qualche giorno dalla morte succede lo stesso.

Bisogna adunque, in vista di tali fatti, prima di accettare una nutrice sapere se ha allattato un sifilitico, se il bambino che ha or ora lasciato, presenti tali sintomi, od appena il dubbio; poi importa assai di tener dietro alle date delle manifestazioni sia nella nutrice che nel bambino nei casi di medicina legale.

Di epidemie per la qui detta causa non sarebbe difficile il trovare ulteriori esempi. Ma rimarchevoli sopra ogni altra sono le due di cui parla De Marchi avvenuta l'una nel Comune di Campistrello negli Abruzzi, l'altra nel villaggio di Astragal e Calihera.

La sifilide regnava da otto anni sotto forma epidemica nel primo di questi paesi ed aveva avuto per punto di partenza la mammella di una donna di una certa località, nutrice di un bambino straniero, che era infetto di sifilide. La forma iniziale fu una pustola ulcerata al seno, pustola che si accompagnò presto di eruzioni diverse e di placche ulcerose della bocca e della vulva.

Inconscia del suo male, questa donna vivendo senza precauzioni contamina non solo i membri della sua famiglia ma altri abitanti del paese, finchè rimasto il male sempre sconosciuto, nello spazio di otto anni si estese a una parte notevole della popolazione, annoverandosi su tremila anime trecento soggetti sifilitici.

Un altro triste avvenimento di simil genere si avverò nel villaggio di Astragal e di Calihera provincia di Bellenne. Là cinquanta individui furono attaccati di sifilide da allattamento. L'importazione derivava da un poppante la cui madre era morta a Trieste. Trasportato ad Astragal, infettò la sua nutrice la quale conobbe troppo tardi che era affetto di sifilide. Dalla nutrice il male

si propagò a'suoi parenti, poi ad altre persone colle quali aveva rapporto.

Non occorre dire come in simili casi la forma iniziale della sifilide essere debba l'ulcero manifestantesi, se non colla forma identica, però sempre con una erosa suppurante.

§ 4.° Ai fatti già raccolti da Depaul, e capitati ai dottori Cerioli, Tassani, Coggiola, Trousseau, Quarenghi, Galligo, Marone, ecc., il dott. Schivardi ne aggiungeva altri da lui raccolti ed esposti nel Rendiconto 1859 dell'Ospitale Maggiore di Milano. Cinque ragazzetti provenienti da Briavacca, Provincia di Milano, erano stati infetti di sifilide. E poco dopo altri tre bambini di Zelo-Foromagno, paesello vicino al primo, erano stati pure infetti per il pus del medesimo soggetto che aveva servito alla vaccinazione degli altri. E nello stesso mese era stato ricoverato all'Ospedale di Milano altro bambino che aveva attinto il contagio alla medesima fonte, e che aveva contaminato la madre.

L'Autore quindi passa in rassegna e discute in modo scientifico e pratico le quistioni in proposito. La possibilità della trasmissione della sifilide mediante il sangue è fatto provato dal prof. Pelizzari alloraquando inoculò questo liquido al dott. Bargioni. Che al pus vaccino sia commisto del sangue era già sostenuto dall'Omodei. Monteggia, Cerioli, Tassani, Marcolini, ecc., credono che il virus sifilitico stia commisto col pus della pustola vaccinica. Viennois e Rollet, dietro i fatti ammessi in generale, credono essi pure alla trasmissione dell'infezione per mezzo del sangue. Solo Ricord pretese di distruggere le argomentazioni in proposito presentando delle tavole microscopiche in cui unito al pus vaccinico vedesi sempre qualche maggior o minor quantità di sangue.

In Inghilterra un largo contributo alla sifilide vaccinale veniva dato dal dott. Hutchinson. Egli vaccinava 13 uomini con un vaccinifero di bell'apparenza, ma in cui poco dopo si sviluppò un condiloma all'ano e deperimento. Tutti i vaccinati ebbero pustole di vaccino normale che procedettero bene; in tutti, ad eccezione di due, vi ebbero ulceri indurati nelle pustole. Hutchinson ritiene che i due che sfuggirono al contagio e furono i primi vaccinati, abbiano ricevuto la linfa pura mentre per gli altri venne mescolata a sangue. E conchiude la relazione col dire: 1.° Che il sangue di un bambino, nel periodo latente della sifilide infantile, è suscettibile di comunicare la sifilide primitiva. 2.° Che i due virus (vaccinico e sifilitico) possono simultaneamente produrre i loro effetti nello stesso individuo.

Dopo una discussione sulla maggiore o minore probabilità che questi casi siano di sifilitici, nella quale Bakewel dice che la sifilide può essere trasmessa, oltre che col sangue, colle scaglie di epidermide mescolate alla linfa, Lee che la linfa vaccinica anche di un individuo sifilitico non trasmette che la vaccina, De Méric che la sola linfa in questo caso sia pericolosa, essendo composta di elementi sanguigni, ecc. la Commissione incaricata affida lo studio della quistione ad una speciale Commissione e questa si persuade trattarsi di sifilide realmente trasmessa colla vaccinazione.

Consimile fu la conclusione cui giungevasi in seno alla Società di Medicina a proposito di due casi esposti da Bedoin. Questi vaccinava due soldati sani e senza precedenza di infezione alcuna con *pus* tolto da altro commilitone ed ebbersi in essi i sintomi chiarissimi di sifilide che l'Autore ritenne dipendenti piuttosto che dalla vaccinazione, da contagio sessuale, e siccome le pustole erano state abnormi, tutt'al più concedeva si trattasse di vaccino morboso ma non sifilitico. Nella discussione però che ne successe, il relatore Aimé Martin e gli altri furono contrari a Bedoin, ritenendo che causa della sifilide fosse stato il vaccinifero che ne era infetto.

Meno oscuri e quindi più importanti riescirono due altri fatti di Coste. Nel primo si trattava di un bambino sifilitico vaccinato con tre pustole per braccio: di queste se ne svilupparono solo cinque, tre al braccio sinistro e due al destro. Le prime avevano l'aspetto affatto irregolare, le seconde affatto regolare. Queste ebbero la loro naturale evoluzione e cicatrizzarono ben presto, mentre le prime si convertirono in vere ulcerazioni e si cicatrizzarono molto difficilmente ad onta delle cauterizzazioni col nitrato d'argento.

L'altro fatto si riferisce ad altro bambino di aspetto robustissimo e sano, ma nato da poco da madre sifilitica. In questo furono praticate sei punture con vaccino purissimo. Si svilupparono solo tre pustole, due al braccio destro ed una al braccio sinistro. La sola posta superiormente a destra fu regolare, le altre irregolari e di aspetto cattivo. Col pus della prima furono vaccinati tre bambini sani, sui quali si svilupparono regolari le pustole vacciniche e non ebbero funeste conseguenze. Col pus delle altre due fu inavvertitamente vaccinato un bambino su cui si sviluppò ben presto la sifilide generale.

Dunque dal pus vaccinico tolto dallo stesso individuo si può ad alcuni inoculare la sifilide e ad altri il vaccino.

Testimonio a fatti di questa seconda categoria sarebbe stato anche Delzenne. Avendo egli inoculato delle donne con vaccino tolto da un bambino che un mese dopo si chiariva in preda ad accidenti sifilitici costituzionali, e che non aveva lasciato sospetto di averla contratta nel frattempo, le vide restare incolumi; ritenendo che per la detta trasmissione occorra l'innesto del sangue.

Egli pure adunque accetta i dettami di Viennois e con lui si accordano Auspitz e Simonet. La teoria di Viennois, dice il primo, è l'unica accettabile nei casi in cui si inocula il vaccino di un sifilitico in un sano e che in questi oltre al vaccino si sviluppi pure la sifillde.

Negli innesti ulteriori, quando cioè un soggetto sano, inoculato con una miscela di linfa vaccinica e sangue di un sifilitico, presenta pustole vacciniche ulcerose che servono all'innesto di altra persona, allora si può ammettere tanto l'ipotesi di Viennois, che quella di Gamberini e Köbner.

In tutti i casi però il periodo di incubazione del virus sarebbe minore, essendo in media di dieci giorni, e ciò si deve attribuire all'influenza dell'inoculazione del vaccino.

Simonet dal canto suo studiando questo argomento, ne inferisce che la sifilide vaccinica può provenire da tre sorgenti: 1.° dal vaccinatore, 2.° dal vaccinifero, 3.° dal vaccinato. Dal vaccinatore, o per lo strumento, o per la saliva con cui è stemperato il pus; dal vaccinifero pel sangue che viene inoculato insieme al pus, o perchè un errore di diagnosi, una pustola, per es., di ectima vien presa per una pustola vaccinica; dal vaccinato, perchè coll'ago da vaccino, ammesso questo infetto, si può ritoccando la pustola più volte del vaccinifero dopo di averlo immerso nelle carni di quello portare sulla pustola del vaccinifero della linfa infetta. Ora siccome con una sola pustola si può vaccinare più bambini, fra questi è possibile ve ne siano dei sifilitici, e quindi maggiore il pericolo di trasmissione.

Richiameremo infine come Lee non creda nemmeno lui, alla viziata natura del *pus* vaccinico in causa del sifilitico, potendo i due contagi esistere isolati ed indipendenti sul medesimo soggetto, cosa per altro già dimostrata dal prof. Gamberini.

Bene esaminando infatti tuttochè venne osservato e supposto in riguardo alla trasmissione della sifilide mediante la vaccinazione, si resta convinti che se un tal fatto è possibile, si è più per circostanze fortuite concomitanti, anzichè per una intima alterazione avvenuta nella compage del pus vaccinico. E tale è il con-

cetto che l'illustre Gamberini fino dal 1870 formavasi sulla questione e che nella recente sua opera sulle malattie veneree ripete riassumendolo nei seguenti corollari.

1.° Sono tali e tanti i modi di trasmettere la sifilide, da potere aver luogo anche in coincidenza col vaccino, per cui questo può apparire autore della trasmessa sifilide;

2.° Numerosi fatti provano che il vaccino tratto da soggetti sifilitici non donò ai sani che semplice vaccino;

3.° Il sangue ritenuto veicolo nella vaccinazione della sifilide, ha in contrario quelle vaccinazioni che senza l'intervento del sangue ebbero a compagna la sifilide; non che le vaccinazioni con sangue, non ostante scevre da sifilide;

4.° Non è ammissibile una pustola vaccino-sifilitica, ossia racchiudente ambo i virus; una pustola di tale natura dovrebbe avere una propria fisionomia, locchè s'ignora;

5.° La pustola vaccinale può essere stata confusa con pustole sifilitiche, specialmente trattandosi di vaccinati in corso di pustulazione;

6.° Pare ammissibile il sospetto che durante l'evoluzione e compimento della pustola vaccinica, possa al fondo di questa attuarsi un fenomeno materiale di sifilide latente: locchè dato, ma finora non concesso, sarebbe forse spiegabile la trasmissione della sifilide per opera del vaccino;

7.° In molti casi di mali consecutivi alla vaccinazione, si giudicò erroneamente trattarsi di morbo sifilitico;

8.° In molti, e direi in tutti i casi giudicati con prove di trasmessa sifilide pel vaccino, esistono tali lacune e tante inesattezze da non permettere una retta sentenza. L'estrinsecazione della sifilide latente in coincidenza col vaccino potè far comparire questo come autore di quella;

9.° Come il vaiuolo, il morbillo, ecc., dei sifilitici non trapassano ai sani, associati alla sifilide, così resta a sapersi perchè il vaccino debba operare diversamente;

10.° Alcun innesto ritenuto vaccinale, non fu probabilmente che una inoculazione sifilitica immediata;

11.° Quando si inoculò la artificiale miscela vaccino-sifilitica, non prevalse che la pustola o la forma venerea.

12.° Il fagedenismo vaccinico simula l'ulcero venereo; le pustole vacciniche sparse o disseminate, o le scrofulodi cutanee motivarono il giudizio di morbo venereo;

13.° Nel medesimo soggetto possono esistere pustole vacciniche e sifilitiche; la quale circostanza di fatti spiegherebbe come

un vaccinifero possa dare a questi il vero vaccino, a quelli la sifilide;

14.° La vera e precipua cautela da seguirsi nella vaccinazione è la scelta di vera incontestabile pustola vaccinale, escludendo per cautela la intromissione del sangue.

Crede quindi l'illustre Gamberini di potere formulare il seguente dettame: Non essere dimostrata la trasmissione della sifilide per opera del vaccino; non essersi forse trattato finora che di vaccinazione in coincidenza colla sifilide, vuoi data con uno dei suoi tanti modi, vuoi tolta dallo stato di morbo latente, sia dessa originata da infezione precorsa accidentale, oppure da labe ereditaria.

E tali stringenti argomentazioni meritano di venire seriamente prese in esame dai pratici ed è deplorevole che Lancereaux non ne sii ancora in cognizione, altrimenti ne avrebbe corredato l'importante capitolo che tratta di un simile modo di trasmissione della sifilide.

§ 5.° Fra gli svariati, ed eccezionali modi di contagio sifilitico, che vennero in questi ultimi anni osservati, vanno annoverati: *a*) quello accennato dal dott. Ambrosoli che lo vide innestato alla bocca per l'abitudine che alcuni hanno di masticare i mozziconi dei cigari; *b*) l'altro dal dott. Sturger che lo osservò inoculato alla guancia per una morsicatura riportata in rissa; *c*) quelli accennati da Lancereaux ove il malaugurato accidente successe mediante il cateterismo della tuba Eustachiana.

a) A mostrare la validità del proprio asserto, il dott. Ambrosoli, racconta due storie. La prima riguarda uno spazzaturaio di Milano, il quale narrava di aver ammalata la bocca e la gola da 5 mesi, male che aveva cominciato con una piccola piaga nel cavo orale, susseguita da tumefazione delle glandule cervicali, indi due mesi dopo da dolore alla deglutizione, cui si aggiunsero dolori vaganti alle membra, caduta dei capelli, croste al capillizio, bruciore alla defecazione. Due mesi dopo ancora altra piccola piaga alla vôlta palatina, a destra della linea mediana, che a poco a poco perforò il palato osseo (1). Non aveva mai sofferto forme iniziali di sifilide ai genitali o ad altre parti, nè avuto contatto con persone od oggetti appartenenti a persone celtiche; aveva l'abitudine di raccogliere e masticare i mozziconi di zigari.

Infatti l'Autore non trovò cicatrice alcuna agli organi geni-

(1) Periostosi plastica delle ossa nasali con arrossamento e lucentezza della cute del naso e dolori osteocopi.

tali, nè iperplasie delle glandule inguinali. Guarigione colla cura specifica.

La seconda storia si riferisce ad un contadino di Misinto, ammogliato da 10 anni e padre di 3 figli sanissimi. — Il suo male cominciò con esulcerazione alla vôlta palatina, che gli impediva di mangiare cose calde od acide. — Due mesi dopo soffrì dolore alla gola, disfagia, lieve sordità, tinnito alle orecchie, croste al capillizio, alopecia, dolori vaganti, prostrazione generale, e rimarcò macchie color rame rotondeggianti al petto e al ventre. Anche in questi, che aveva l'abitudine di raccogliere i mozziconi di zigaro e tenerli in bocca, l'Autore trovò nessuna alterazione delle glandule inguinali, nè cicatrici vecchie o recenti al pene, ed invece pleiadi caratteristiche cervicali e sotto-mascellari, e papule mucose ai margini e alla base della lingua. — Guarì esso pure colla cura del liquore del Van-Swieten.

Le storie narrate confermano come la contagiosità delle forme iniziali e secondarie si conservi per molto tempo. La forma primitiva in questi due casi non era l'ulcero, ma la così detta erosione ulceriforme, il che fa credere si trattasse di innesto di virus proveniente da forme sifilitiche consecutive.

b) Dal canto suo il dott. Sturgis riferisce un caso osservato da Bumstead, di un uomo che nel 1863 aveva riportato un ulcero al pene senza alcun altro fenomeno consecutivo che un semplice rigonfiamento ganglionare all'inguine. Nel 1868 un uomo gli morsicava una guancia e sulla cicatrice della morsicatura sviluppavasi una crosta indolente con induramento di un ganglio sotto-mascellare del lato corrispondente. Un mese dopo manifestavasi una eruzione papulosa generale con induramento delle glandule inguinali.

Senza alcun dubbio in questo caso la successione ultima morbosa depone in favore dell'innesto avvenuto alla guancia, piuttosto che per una estrinsecazione anticipata di un sintoma di sifilide costituzionale al luogo morsicato; con tutta probabilità quindi trattossi anche qui di un fatto positivo di contagiosità, di materiale secreto da fenomeni costituzionali.

c) I fatti recenti di innesto sifilitico col mezzo del cateterismo della tuba d'Eustachio ed accennati da Lancereaux sarebbero due, uno dei quali pubblicato nella « Gaz. Hebdomadaire », 1866 e l'altro nella « Gaz. Méd. di Lyon » dello stesso anno. Di essi non dà i particolari, limitandosi a dire che vanno ravvicinati a quelli di simil genere già fatti conoscere da Lallier (1861) e avnaud (1863).

§ 6.° Nella propagazione della sifilide coll' intermezzo della mammella si era fino dal principiare del secolo XVI supposto che il latte, non quale causa di esulcerazione, ma come elemento nutritizio guasto potesse avere una simile triste proprietà, e la quistione giunse infino a noi dibattuta ma insoluta. Perciò i professori Pelizzari e Profeta se ne occuparono con fervore e noi pure imitandoli cercammo di portarvi un contributo che ebbimo la soddisfazione di vedere apprezzato.

L' illustre sifilografo di Firenze, accennando per incidenza a tale questione nella sua Memoria sulla trasmissione della sifilide, ci dà a conoscere contrario al sospettato modo di infezione. Ivi raccontando un fatto che a lui premeva dimostrare quale di sifilide congenita, soggiunge: « Nè mi si opponga che il feto potè ammalarsi per avere succhiato un latte viziato di donna sifilitica, giacchè posto che questo modo di infezione sia un fatto provato, lo che non credo, sarebbe impossibile che una donna nella quale tutta la malattia consisteva in un ulcero infettante nel periodo di stato specifico, avesse potuto trasmettere col solo latte una sifilide così grave e così avanzata, senza avere trasmessa la forma inoculabile per eccellenza, l' ulcera primitiva situata alla mammella. »

Nel frattempo il prof. Profeta, discepolo del Pelizzari, nel suo pregievole lavoro sulla sifilide d' allattamento, all' appoggio di ragionamenti e di fatti convalida i pensamenti del suo maestro. Assevera che l' uso del latte non trasmise mai la sifilide ed a confutare gli scarsi e poco circostanziati fatti coi quali si vorrebbe dimostrare il contrario, ne espone tre propri che vi si oppongono. Non trova nemmeno lui la analogia fra il latte e lo sperma, dicendo che, se ciò fosse, nello stesso modo che da un cavallo e da un asino si ha un mulo, facendo nutrire un asino da una cavalla quello a poco a poco diventerebbe ibrido.

Concorde quindi troviamo col prof. Profeta il prof. Pelizzari quando si pose a trattare esclusivamente della trasmissibilità della sifilide col mezzo del latte, riferendo cinque storie di bambini allattati da nutrici sifilitiche senza che a questi venisse trasmessa la malattia. Come già aveva fatto col sangue egli vorrebbe aver potuto fare col latte, l' incubazione cioè di questo liquido tolto da persona sifilitica su un sano, per vedere se al punto di innesto fosse sòrto un ulcero infettante. Non potendo dar compimento a questo suo desiderio per mancanza di persone che si sottoponessero, gli rimase tuttora il dubbio, abbenchè propenda a non credere il latte per sè, e lo neghi quando è dato

come alimento, capace di trasmettere la sifilide. E ciò primieramente ad onta dei fatti di Robert, Langlebert e Cerasi, perchè è facilissimo il non trovare la forma iniziale nella bocca o retrobocca di un infante, tanto più poi i reliquati di essa; inoltre per i cambiamenti fisiologici che questo liquido deve subire al contatto dei succhi gastrici. Anche l'analogia tra il latte e lo sperma per lui non vale, perchè quest' ultimo umore inquina la donna non per contatto diretto, ma pel mezzo della virtù *informativa* che esercitò sul prodotto della concezione; d'altronde passa ben grande differenza tra i due liquidi.

Infine lasciando da parte tutte le speculazioni scientifiche, bastano a convincerlo che il latte usato solo come alimento non trasmette la sifilide dalla madre ai poppanti le cinque storie cliniche che molto chiaramente riferisce in modo da convincere.

Nella prima di queste storie un bambino fino dai primi giorni di nascita si nutrì di latte proveniente da una donna incontestabilmente sifilitica, e senza forme ai capezzoli, e seguitò a nutrirsene fino al quattordicesimo mese senza che in lui si verificasse accidente sifilitico alcuno, nè durante, nè dopo l'allattamento, ad onta che nella madre le manifestazioni le più chiare della sifilide costituzionale durassero e si ripetessero incessantemente e con gravezza crescente.

Nella seconda la madre nutrì il proprio figlio per nove mesi impunemente, quantunque le forme sifilitiche di essa non fossero mai del tutto scomparse ed essa non prendesse che scarsa dose di protoioduro di mercurio.

Nella terza una madre sifilitica nutrì pure per nove mesi il proprio bambino impunemente, abbenchè i fenomeni sifilitici si riproducessero varie volte ad onta di una cura lunga e diligente, e sebbene per due mesi e mezzo da che era sifilitica avesse dato latte al bambino senza aver fatto cura specifica alcuna.

La quinta è la storia di un allattamento seguitato per cinque mesi nel periodo acuto delle manifestazioni secondarie della sifilide ad un bambino sano, senza che questo ne abbia risentito danno alcuno e senza che la donna si fosse assoggettata a cura specifica.

Nella sesta un bambino sano potè senza danno succhiare il latte di donna sifilitica per sette mesi e non venne inquinato se non per essergli caduta una goccia di saliva della madre sifilitica in un occhio, dove solo e non alla bocca subito si formò la manifestazione primitiva.

A conferma di questi fatti però, come accennammo, mancava

la prova esperimentale, e questa lacuna appunto ci proposimo di colmare.

Dedicammo una prima serie di esperienze per studiare se il succo gastrico fosse, o meno, atto a neutralizzare il virus sifilitico. Perciò in cinque individui affetti da ulceri primitivi al pene provammo ad irrorare la superficie piagata con succo gastrico ricavato al momento stesso da una fistola gastrica di un cane, e da queste esperienze non potemmo ottenere un apprezzabile mutamento in quelle ulcerazioni, che tutt' al più si comportarono come se fossero state bagnate con liquido leggermente acido.

Risultati insufficienti ebbimo esperimentando sugli animali. Applicato infatti sulla pelle denudata dall'epidermide di tre conigli del filaticcio imbevuto in virus sifilitico, ed in altrettanti la stessa materia mescolata a succo gastrico, ebbimo in ciasuno piaghe di cattivo aspetto, ma non sifilitico, e che guarirono spontaneamente.

La parte più importante e la sola che costituisce la prova irrefragabile della non contagiosità del latte sifilitico, sono le inoculazioni che ebbimo occasione di fare grazie la abnegazione per la scienza del dott. Golgi e della accondiscendenza (benchè avvisata, dalla gravezza della prova) di una donna ricoverata nello spedale per scolo uterino.

Le inoculazioni sommano a sei, fatte con metodo diverso, coll' ago da vaccino, colla sciringa di Pravaz e colla medicazione con fila intrise su una piaga da vescicanti. Il latte venne tolto da individui in preda a manifestissima sifilide costituzionale. — Due altre inoculazioni colla siringa venivano ancora praticate su due conigli. — In nessuno degli individui in cui si fecero le inoculazioni comparvero fenomeni sifilitici locali o generali. Per cui a ragione concludemmo colla conferma della non trasmissibilità della sifilide per mezzo del latte.

§ 7.° Tutti sanno come Auzias Turenne credette di avere dimostrato in base ad esperimenti che certi animali, la scimmia ed il gatto in particolare, possono contrarre fenomeni sifilitici nelle loro forme primitive di ulcero e pseudo ulcero, sottostando poscia alle conseguenze generali quali la rubeola, le croste anemiche, la alopecia, le vegetazioni, le gomme, i probabili dolori reumatoidi ed osteocopi, le periostosi, le osteosi, generando anche figli sifilitici. E si conosce come Ricord, ripetendone le esperienze con Bouley, Depaul e Blot ebbe risultati negativi, d' onde avverte alle non troppo sicure illazioni che dall'operato di Auzias-Turenne si possono trarre.

Anche i dottori Dell' Acqua e Ricordi non furono più fortunati. Esperimentando sulla pecora, sul cavallo, sul cane, sul coniglio e sul gatto, ed adoperando materia proveniente da ulceri sifilitici, susseguiti poscia da sifilide costituzionale, erano venuti alla conclusione che la vera sifilide fino ad oggi non era inappuntabilmente dimostrata nei bruti, essendo autorizzati a ritenerla esclusiva all' uomo; altrimenti sarebbe troppo arduo lo spiegare perchè da Hunter infino a noi non siisi potuto riescire a stabilire la realtà del fatto.

Il dott. Gailleton per altro presentava alla Société des sciences médicales di Bordeaux un coniglio affetto da acne consecutivo all' inoculazione di ulcero sifilitico. Il pus era stato tolto da ulcero seguito da fenomeni secondari ed inoculato nell' orecchio dell' animale. Dopo tre giorni si ebbe la pustola caratteristica, indi ulcero arrotondato con bordi a picco, che cicatrizzò dopo 10 giorni, con tessuto duro e spesso. Quattro giorni appresso si aveva la forma che somiglia all' acne, indi, cadute le croste, restarono delle squame che cadendo lasciavano la parte senza peli.

Un simile risultato ottennero Legros e Michot. Dessi insinuavano sotto la pelle del dorso di una cavia un frammento di un ulcero duro caratteristico e dopo 18 giorni ebbero una ulcerazione tagliata a picco, che si ingrandiva a poco a poco, associandosi a pleiade ganglionare sotto l' ascella corrispondente.

Bisogna però confessare che i fatti di simil genere sono la eccezione, perocchè avendo Horand e Puech riprese le esperienze, non li confermarono. Incominciarono essi con 14 inoculazioni sul cane, non trascurando tutti gli accessori che per avventura avessero potuto influire sul più o meno buon esito delle esperienze; al tempo stesso venivano istituite altre serie di inoculazioni col pus da setone su altrettanti animali posti nelle identiche condizioni, e tanto nel primo caso che nel secondo si ebbero risultati identici di piaghe che cicatrizzano presto. Perciò affermano che i risultati di queste esperienze sono negativi, cioè che l'ulcero non è inoculabile al cane. Inocularono anche l'ulcero in due gatti, e le ulcerazioni ottenute non furono assolutamente specifiche. Senza negare quindi l' esistenza dell' ulcero semplice nel gatto, conchiudono che desso non vi si sviluppa con tanta sicurezza come si vorrebbe.

§ 8.° In questi ultimi anni venne, con maggiore interesse che prima non si fosse fatto, studiata la patogenesi dei bubboni venerei; ciò devesi specialmente a Zeissl, del quale ecco i principali concetti in proposito.

Se in una parte ricca di vasi linfatici si forma pus, icore od altro, possono questi umori essere trasportati nella corrispondento glandola linfatica. I vasi linfatici oltre agli umori possono anche trasportare cellule vitali e particelle di tessuto mortificato. Da qui sonvi sotto questo rapporto due specie di malattie per le glandule linfatiche, cioè vi sarà linfangioite con adenite, o senza, o tumefazione delle glandole senza apparente affezione dei vasi linfatici, in seguito all'ulcero molle del pene. Per ciò quando ulceri venerei a focolai purulenti hanno sede alla corona del glande, ammalano specialmente i vasi linfatici del pene; quando in seguito di ulcero molle si forma una linfangoite, prende parte alla infiammazione il cellulare sottocutaneo che circonda i vasi ammalati, e formansi anche i così detti bubbonuli.

La acutezza od indolenza del tumore ghiandolare e il suo ulteriore decorso dipendono più di tutto dalla natura e qualità della materia morbosa trasportata dai vasi alla ghiandula. Così il pus genuino assorbito darà un' adenite acuta, rapida, mentre la avremo indolente e dura quando la materia assorbita sarà detritus di ulcera sifilitica iniziale.

L' Autore avuto riguardo alla causa morbosa ed alla natura del liquido assorbito divide i bubboni in blennorragici, ulcerosi e sifilitici che non può dire idiopatici ma consecutivi. Il bubbone *d'emblée* può formarsi secondo lui per costituzione scrofolosa.

A queste diverse specie Diday, in armonia a quanto ebbe a dire sull' ulcero misto, ne aggiungerebbe una quarta, ammettendone una di natura ad esso uguale. Egli racconta di un orologiaio che aveva contratto un ulcero e nel quale tre settimane dopo si accompagnò ad ingorgo all' inguine sinistro. L' ulcero fu preso da fagedenismo ed il bubbone che aveva tutti i caratteri di bubbone da ulcero semplice, venne a suppurazione. Nessun ingorgo a destra. L' Autore punge il bubbone ed il tumore non si evacua completamente. In seguito si ha ulcerazione specifica della piaga da incisione, che poi guarisce, come pure guarisce l' ulcero. Dopo tre mesi dal principio dell' ulcero ebbe eruzione di roseola, papule sulla verga, croste al cuoio capelluto, placche alla lingua ed ingorgo moderato dei gangli cervicali posteriori. Ad onta di questi certi fenomeni di sifilide costituzionale, la cicatrice dell'ulcero nè quella del bubbone non presentavano indurimento alcuno caratteristico.

L' Autore da questa storia conclude che, come v' è l' ulcero misto, vi è pure il bubbone misto; come un ulcero si può immu-

tare in un ulceroide e viceversa, così ciò può succedere anche nei bubboni.

Lo stesso Diday risollevava la questione della possibilità o meno del bubbone *d' emblée.*

Egli ritiene che il bubbone d'emblée non sii il risultato di ulcero, non adenite semplice, non adenite per causa irritante, nè una adenite strumosa. Egli alla perfine ha risolto il mistero sull'origine di questo bubbone, dal contagio, cioè, dato da un ulcero semplice, che ha modificate le sue proprietà virulenti.

Un uomo attaccato da blennorragia è consultato dal Diday; egli porta due tumori agli inguini, della grossezza di un uovo di piccione, non ha nulla nè sul pene nè nelle parti adiacenti. Nella donna che lo infettò fu trovata una perdita bianca, e due ulceroidi al gran labbro destro.

Icard combattendo Diday in questa seduta dice che i bubboni blennorragici suppuravano soventi, ciò che il medesimo aveva negato.

Gailleton è contrario pure in questo a Diday. Egli ammette la adenite blennorragica che possa suppurare, egli ne può far vedere due casi al Diday stesso. Anche l'ipotesi dello stesso Autore sulla trasformazione del pus, non la ammette. Conche pure domanda perchè l'ulcero molle non ha prodotto altro ulcero molle nell'uomo? Per lui il contagio non può aversi che dopo l'erosione della mucosa, ed il bubbone può essere stato prodotto dalla blennorragia.

Altro sostenitore della possibilità di un bubbone d'emblée lo troviamo in Bourguet; egli termina colle seguenti conclusioni una sua Memoria letta in argomento alla Accademia Medica di Parigi:

1.° Il bubbone d'emblée non può venire spiegato col semplice eccitamento del coito.

2.° Forma parte dei sintomi venerei, come l'ulcero indurato, il molle, la blennorragia, le vegetazioni ecc.

3.° E suscettibile di trasmettersi nella sua specie e può rimontare per figliazione ad un accidente venereo di natura diversa.

4.° Può essere seguito eccezionalmente da accidenti sifilitici costituzionali.

5.° L'Autore desidera una statistica di frequenza del bubbone d'emblée e di quando è seguito da sifilide costituzionale.

6.° Desidera altra statistica degli altri accidenti primitivi indipendenti dall' ulcero indurato.

Questo bubbone si comporta in una parola come l'adenite vi-

rulenta, gli manca soltanto la precedenza o la concomitanza dell'ulcero. Or bene ci domandiamo! È proprio necessario che il *virus* lasci traccia di sè agli atrii di sua entrata? Non potrebbe qui succedere ciò che avviene in altri morbi di infezione, i quali non dansi alle volte a conoscere se non coll'ingorgo glandulare? Circa poi al non rilevarsi nel così detto bubbone *d' emblée* vestigia alcuna della porta d'entrata del veleno, osserveremo che una soluzione di continuità di discreta dimensione quando il pene trovasi in erezione, può scomparire affatto tornando l'organo ad avvizzirsi.

Ciò ammettendo, noi siamo però ben lontani ancora dal modo speciale di infezione già supposto da Hunter ed ora richiamato da Lee, cioè di un assorbimento fisiologico che il secondo professandosi dualista credette si verificasse nei due seguenti casi. Un gentiluomo aveva riportato ulceri molteplici molli ben caratterizzati. Dopo un tempo assai corto, una delle glandole sotto mascellari diventava assai ingorgata. Apparivano dei sintomi secondari. Dopo un attento esame si trovava alla corona del glande una macchia bianca, che persisteva con desquamazione (ma senza essere accompagnata da ulcerazione, da induramento locale ed alle glandole dell'inguine) lungo tempo dopo che tutte le traccie sia delle ulceri molli, sia dell'eruzione generale, erano sparite. Secondo Lee fu per questa via che il virus penetrò nella costituzione. L'altro ammalato era attaccato da eruzione sifilitica. Ad onta di tutte le ricerche possibili, non si potè trovare la via di introduzione del virus. Non aveva avuto nè ulceri nè lesione alle glandole inguinali. In questo caso pure l' Autore pensa che abbia avuto luogo l'assorbimento fisiologico e che se qualche ulcero molle aveva esistito, si deve certamente a lui attribuire la sopravvenienza degli accidenti sifilitici.

Considerando però spassionatamente questi due fatti, ci sembra che si possa agevolmente spiegare il primo coll'unicismo, del quale è una prova. Diffatti il breve tempo trascorso fra la comparsa degli ulceri molli e le adeniti sotto-mascellari ingorgate lascia credere che queste siensi fatte tali a cagione di un nuovo innesto, probabilmente sfuggito all'osservazione, e che per questa via siasi generalizzata l'infezione. In riguardo al secondo, noi diremo con Doyon che prima di ammettere come provato un fatto tanto contrario alla legge stabilita da Ricord, che ogni sifilide cioè incomincia con un ulcero, bisogna aspettare un maggior numero di osservazioni più dettagliate ed ove l'evoluzione intera della malattia siasi compiuta sotto agli occhi del medico stesso, che imprenda poscia a narrarne la storia.

Un gran passo perciò sembrerebbe che avere dovessero nella questione quegli altri fatti di sifilide trasmessa alla madre coll'intermezzo del feto generato sifilitico dal padre, e dei quali diremo parlando della sifilide costituzionale.

§ 9.° In riguardo alle particolarità in questi ultimi anni proposte nella cura delle affezioni sifilitiche primitive, conviene osservare come il prof. Sigmund di Vienna raccomanda nei casi di fimosi la demolizione parziale o totale del prepuzio, da praticarsi più di sovente di quello che non si usi, e ciò per togliere la possibilità di future svariate soluzioni di continuità, che possono favorire l'innesto di ulteriori contagi.

Nell'egual modo la pensa Gailleton, il quale parlando della inflammazione che complica l'ulcero, dice che alloraquando questo è in un grado elevato, la miglior cura è l'incisione, la circoncisione o il solo sbrigliamento, giacchè sono timori puramente teoretici quelli dell'inoculazione del pus ulceroso sui bordi della ferita. Nelle emorragie gravi complicanti l'ulcero infiammato, che all'Autore occorse osservare sei volte, le larghe incisioni e le cauterizzazioni furono l'unico mezzo proficuo, non essendo valsi a nulla tutti gli emostatici già provati. L'incisione ha pure lo stesso valore nei casi di gangrena. Il fagedenismo invece guarì colla cura mercuriale meglio che con tutti gli altri mezzi e ne riporta tre storie.

In onta all'autorità dei suaccennati Autori, Taylor di Nuova York e Gillette sono fautori del metodo incruento, o per lo meno il primo di questi riserba solo l'incisione nei casi in cui non riescirono gli altri mezzi. Egli crede che lo stadio in cui trovasi il fimosi ulceroso deve dirigere la cura. Il primo stadio è rappresentato dall'iperemia e dall'edema del prepuzio. In questo stadio si deve curare l'ulcero virulento e la coesistente balanite, diminuire l'edema e togliere ogni secrezione racchiusa, e ciò con iniezioni di acido carbolico alla dose di due grammi in mezzo litro di acqua. Non praticare la circoncisione finchè l'ulcero non è affatto guarito. Se però l'acido carbolico usato per circa 10 giorni non giova, o l'edema cresce rendendo aderenti i due strati del prepuzio, allora si fa la cura del secondo stadio, vale a dire allora che il prepuzio è duro e sodo per edema e per la proliferazione cellulare, ed aggravato dal nascosto ulcero virulento. In questo caso l'Autore toglie lo strangolamento, per distruggere l'ulcero, facilitare la medicatura e favorire l'assorbimento dell'edema e della proliferazione delle cellule. E per far ciò pratica due incisioni laterali che scoprino bene il glande, indi taglia

quattro pezzi di filaticcio, due per coprire il glande e due da porsi fra i tagli, bagnandoli in acido carbolico allungato con acqua, fa una fasciatura stretta, indi soprapone bagni freddi per 24 ore per evitare l'emorragia. Ripete la stessa medicatura per 2 settimane circa finchè l'ulcero si faccia di buon aspetto.

In generale la guarigione ottiensi in 40 giorni. Se i lembi risultanti impediscono il coito, si escidono, ma in generale si accorciano da sè. Se la sifilide influisce sull'indurazione del prepuzio, si ricorre al mercurio.

Il dott. Gillette a sua volta nei casi di ulceri inaccessibili per fimosi, considerando che un fimosi ulceroide non è mai tanto stretto da non lasciar passare l'estremità del mignolo, introduce questo dolcemente e girandolo esamina il numero, la sede e la qualità delle ulceri. Indi previa injezione fenica diluita ed altra detersiva, prende una sezione di tenta-spugna la cui larga estremità è adattata strettamente all'orificio prepuziale fimotico, e la spinge fino al fondo del glande. La base della sezione triangolare della spugna-tenta, è tenuta in posto, e quando è del tutto gonfiata può essere rimossa e quindi allora sarà permesso l'esame.

Se anche l'ulcero è al di là della portata dell'occhio e non puossi toccare cogli usati caustici, un pezzo di spugna compressa è addattata all'ottenuto allargamento, e così la dilatazione raggiunge la necessaria estensione. Un oppiato è dato se l'operazione è dolorosa. Questo metodo serve meglio in quei casi in cui vi ha una modica strettezzza ed il prepuzio ha l'orificio contratto da leggiera indurazione simile a corda.

Singolare ed arrischiata fu poi la cura che Després fece in un caso di ulcero fagedenico, suscitandovi una risipola col medicare la piaga a secco, ed esponendo il malato all'aria intensamente fredda. Egli crede che a mantenere gli ulceri fagedenici serpiginosi, valga la retrazione del tessuto cicatriziale, che lacera le riparazioni recenti, le quali restando bagnate di pus trasformansi in vere ulcerazioni. I linfatici entrano come parte principale nella loro produzione e nel caso narrato l'ulcero occupando il sedere era stirato nei movimenti delle coscie, ciò che si aggiungeva ai funesti effetti della retrazione dei tessuti.

Per guarire queste lesioni bisogna

1.° Impedire la retrattilità dei tessuti di cicatrice durante il tempo necessario alla guarigione degli ulceri.

2.° Cessare tutti i movimenti di flessione.

3.° Obliterare momentaneamente i linfatici attorno agli ulceri.

La risipola ha adempito a queste tre condizioni.

Alla cura dei bubboni suppurati Zeissl applica un metodo tutto suo; egli li apre sotto acqua, e nel bagno istesso applica sulla ferita un intonaco di gesso, e poi vi sovrappone l'unguento di acido fenico di Lister. Nuovi metodi speciali sono: quello della aspirazione del pus mediante la sciringa che si usa negli ospitali di Vienna e quello di Wertheim, pure di Vienna, che li tratta con le injezioni ipodermiche. Il primo di questi processi venne suggerito dal bisogno di evitare la gangrena che invadeva le piaghe risultanti dalle aperture fatte. Si pensò quindi di aprirli mediante un punteruolo di sciringa di Pravaz ed indi con questa di farne l'aspirazione del pus. Ma essendo questo istrumento troppo piccolo allo scopo, se ne fabbricò uno sullo stesso modello ma più grande, della capacità di una dramma (tre grammi circa). La ferita è cicatrizzata due giorni dopo e se avviene di nuovo raccolta purulenta, si torna ad eseguire l'operazione, facendo però il foro in altra posizione. Del resto la medicazione consiste in un pezzo di cerotto sul filo, della puntura e fomenti freddi in un al riposo. Furono trattati con questo metodo circa 100 bubboni, e soltanto in pochi casi occorse una seconda puntura. In genere si ottenne sollecita guarigione, e si ebbe la mancanza totale della gangrena.

Wertheim si propone invece col suo metodo di procurare l'assorbimento dei prodotti che vanno estendendosi. A tale scopo, quando l'ascesso è giunto a maturità, lo punge con un grosso ago della sciringa di Pravaz, evacua con dolce pressione il pus ed injetta nella cavità 8 o 10 goccie di una soluzione di morfina, o di canfora, o di solfato di rame; preferisce però il sale di morfina (4 grani in 4 grammi). Indi vuota l'ascesso ogni tre ore del liquido che vi si raccoglie. Ripete l'injezione ogni giorno. Con tale metodo cessa quasi immediatamente il dolore, e diminuisce rapidamente la infiammazione. Tre o quattro settimane dopo la suppurazione è cessata.

Rara, ma gravissima complicazione del bubbone, può presentarsi la peritonite. Ciò succede, anche secondo le indagini di Clerc, specialmente in quello stato di adenite specifica che assume l'aspetto di cronicità, e che una volta si chiamava scirrosa. Avviene che le ghiandule linfatiche della regione iliaca si infiammino e la flogosi si comunichi presto al peritoneo, determinando accidenti formidabili, una vera peritonite essudativa che può condurre a morte i pazienti. Di quattro casi veduti dall'Autore, ne riporta due terminati colla morte, nei quali l'autopsia potè confermare il diagnostico.

Nella prima di queste storie cliniche trattavasi di un giovane affetto da voluminoso bubbone, di andamento cronico, ma che cominciava a risolversi, quando fu preso da risipola, poco estesa alla parte, indi da febbre, scariche liquide, vomito ed in seguito tutti i sintomi di peritonite, che in quattro giorni condusse a morte l'ammalato.

Nella seconda avevasi a che fare con un altro giovane che da due mesi portava un enorme bubbone inguinale, e che venne aperto con molteplici punture. Dieci giorni dopo vi fu sovrapposto un vescicante, e tre giorni appresso si manifestò la risipola alla parte, febbre e tutta la sequela dei fenomeni di peritonite che produsse la morte sette giorni dopo.

L'autopsia in questi due casi verificò la peritonite generale.

Che se questa specie di peritonite è rara ed accennata da pochi Autori, la parziale è molto più frequente di quello che generalmente si creda, ma fortunatamante pei pazienti hannosi di essa rare conferme dall'autopsia.

(*Continua*).

Relazione sanitaria mensile dell' Ospedale Maggiore e Luoghi Pii Annessi di Milano. — Marzo 1874.

STATISTICA.

1.° Ospedale Maggiore. — A) **Ufficio di Accettazione.** — Prospetto del movimento mensile degli ammalati.

Esistenti	Entrati	Usciti	Morti	Rimasti
1874	1766	1467	271	1902
3640		3640		

Il numero degli infermi ai quali durante il mese si prestò

cura, ricovero e vitto nell' Ospitale, fu di 3640, i quali nel loro insieme consumarono 59,204 giornate a carico della sua beneficenza. L' accettazione massima si verificò il giorno 22 con 77 entrati, la minima nei giorni 7 e 28 con 35; la media giornaliera fu di 56. A riscontro stanno le dimissioni, delle quali la massima avvenne il giorno 15 con 115 usciti, la minima nei giorni 3 e 10 con 13, la media giornaliera essendo stata di 47. La maggior mortalità accadde il giorno 17 con 15 decessi, la minima il 12 con 3: la media giornaliera fu di 8. — La mortalità percentuale complessiva sui curati fu del 15,59; sui cronici di 51,82. Sulle altre malattie esclusi i cronici fu di 13,19; quella dei malati di chirurgia fu del 12,68; 22,40 quella dei malati di medicina; e 9,02 quella delle specialità (malattie ottalmiche, dermatiche, veneree e ginecologiche). Aggiungiamo il quadro delle età dei morti durante il mese.

Dal	1.° anno	di vita	al 10.°	. . . .	54
»	11	»	» 20	. . . .	18
»	21	»	» 30	. . . .	22
»	31	»	» 40	. . . .	38
»	41	»	» 50	. . . .	35
»	51	»	» 60	. . . .	39
»	61	»	» 70	. . . .	44
»	71	»	» 80	. . . .	19
»	81	»	» 90	. . . .	2
					271

Nei comparti medici furono accolti direttamente per primo ingresso 867 infermi, nei chirurgici 344, negli speciali 555; ma per le malattie insorte dopo e con carattere diverso da quello segnato all'atto d'accettazione, passarono successivamente in medicina 140 infermi, in chirurgia 35, nelle specialità 192.

La giacenza contemporanea stette fra la massima di 1967 (nel giorno 14) e la minima di 1824 (nel 2). — La degenza media fu di 1909,80, la giacenza poi individuale dei singoli ammalati fu in media di 16,26.

Come nelle precedenti relazioni, presentiamo il confronto tra il movimento verificatosi nel corrente mese, e quello omonimo dello scorso anno.

	Esistenti al 1.° marzo	Entrati nel mese	Dimessi	Morti
1873	1777	1631	1391	209
1874	1874	1761	1467	271
Differenza in più pel 1874	97	130	76	62

Nel numero degli entrati sono compresi 10 individui, alcuni dei quali furono accolti agonizzanti, altri morirono nelle prime 24 ore di degenza. Figurano fra questi un povero pilatore di riso che travolto nelle incastrature del brillatoio riportò varie ferite lacero-contuse alle braccia, ed una grave commozione, che fu riconosciuta causa della morte; una ragazzina che per accidentale accensione delle sue vesti riportò estesissime scottature, e quattro bimbi vittime dell'angina difterica.

Sono pure da registrare cinque tentativi di suicidio, avventurosamente falliti e le cui morbose conseguenze sono oggi pressochè per tutti scomparse. Il mezzo adoperato fu per tre l'ingestione di sostanze velenose (il fosforo, l'acido solforico, il solfato ferroso in pezzi) per un quarto il taglio alla piegatura del cubito, per l'ultimo lo sparo d'arme da fuoco.

Le accettazioni d' urgenza sommarono a 194, delle quali alcune giustificate, sia dalla gravezza del male, sia dalla lunga distanza, sia dalle intemperie che avrebbero potuto rendere pericoloso il rinvio; ed altre dalla deferenza verso le Autorità municipali o politiche per gli individui fatti qui accompagnare a mezzo dei rispettivi delegati. I rimandi avvenuti non furono che 68 e cioè 25 per malattie mediche non riconosciute e 43 per lievi e inconcludenti affezioni chirurgiche. Il giudizio di cronicismo fu dubitativamente espresso a riguardo di 150 tra gli accettati, ed è debito il soggiungere che la maggior parte di essi trovavansi muniti della obbligazione comunale.

B). **Movimento delle malattie mediche comuni, ed annotazioni cliniche ricavate dalle tavole nosologiche.**

Esistenti		Entrati		Usciti		Morti		Rimasti	
Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Ac.	Cr.	Acuti	Cron.
631	320	668	102	548	41	128	42	623	339
951		770		589		170		962	
1721				1721					

Osservazioni.

Il sig. dott. Cavaleri, Medico Primario dirigente la Sala di S. Dionigi e S. Ambrogio nel comparto maschile, accompagnò la sua tavola nosologica mensile con copiose annotazioni che qui si riproducono in compendio. Dopo aver segnate le vicende statistiche della sua Divisione, ricorda che il massimo contingente delle malattie avute a curare fu dato dalle malattie acute e croniche degli organi respiratori e dalle viziature cardiache, e che in ordine di frequenza, alle indicate successero le affezioni gastro-enteriche e le cerebro-spinali. Le pleuriti, le pneumoniti e le pleuro-pneumoniti furono quasi tutte gravi, come nei mesi precedenti, e non rare volte associate a pericardite ed endocardite. Passa quindi al raffronto, per quanto si riferisce ai decessi, tra le cause presunte dal diagnostico e le effettive riscontrate colle sezioni cadaveriche. Intorno ai metodi di cura adoperati, afferma il vantaggio assoluto delle modiche sottrazioni sanguigne generali e locali nei primordi delle affezioni acute polmonari. — Si loda dell'azione del balsamo Peruviano, e dell'acido fenico nei catarri bronchiali, quando la tolleranza gastrica non vi si opponga. Meritevoli di speciale menzione ritiene:

un caso di alcoolismo acuto con subdelirio in un giovane droghiere di 31 anni, prestamente restituito in salute mercè l'uso dell'oppio e del bromuro potassico amministrato per dodici giorni,

una colica intestinale causata da coprostasi in un uomo quarantenne e robusto, che presentò fenomeni di dispnea, vomito ostinato per tre giorni, distensione enorme del ventre, sul quale vedevansi delineate le anse degli intestini per grave timpanismo. — L'ammalato guarì in breve mediante clisteri di decotto di foglie di tabacco, che provocarono abbondantissime deiezioni alvine con cessazione del vomito:

un altro caso di coprostasi associato a molesto singhiozzo, il quale mentre non fu potuto vincere cogli antispasmodici e colla infusione acquosa di senape, cessò invece ben presto, quando epicraticamente si ricorse ai purgativi che togliendo la stitichezza ne tolsero la causa:

per ultimo un caso di catalessi, rara nell' uomo adulto, che fu riferito anche dai periodici cittadini a motivo che l'individuo venne côlto dall'accesso nel nostro massimo tempio: ed eccone la storia ne'suoi particolari.

Agli 8 di marzo Silva Antonio, giovane cappellaio, di Milano, dell' età di 45 anni, erasi recato di buon mattino in Duomo per assistere alle sacre funzioni della domenica. Poco dopo esservi entrato, senza causa occasionale (come disse egli dappoi) venne preso da intenso brivido di freddo, che rapidamente sentì estendersi a tutte le membra togliendogli la libertà dei movimenti non solo, ma ben presto anche i sensi. Egli rimase quindi in chiesa per qualche ora in piedi, immobile, quale statua, finchè riconosciuto catalettico, venne con lettino trasportato a quest'Ospitale. — Posto in Sala S. Dionigi, gli furono applicati subito dei senapismi volanti. Durò nondimeno nell'accesso grave per circa altre due ore, presentando i seguenti sintomi: perfrigerazione delle estremità e della faccia con cianosi: ricorrenti tremori generali a lunghi intervalli, polso regolare a 72 battute al minuto, temperatura a 37 1[2 gr. centigr. Gli arti mantenevano le posizioni anche più disagevoli in cui venivano posti; pupille immobili, anestesia cutanea completa, la inspirazione più prolungata dell' espirazione. — Colla ascoltazione anteriore non si poteva rilevare il mormorio vescicolare, nè distinguere l'ingresso e la sortita dell'aria, limitatissimi essendo i movimenti d'inspirazione e d'espirazione; udivasi invece un rumore aspro, continuo, indistinto, indeterminato, che si poteva rassomigliare al fruscìo o meglio al ronzìo che odesi applicando l'orecchio sovra una tavola di legno. — Aggiungasi che il Silva portava una vasta e lurida piaga cronica allo stinco della gamba destra.

Verso le ore otto di sera, circa dieci ore dopo essersi mani-

festato l'accesso, il malato aveva ancora le pupille immobili, nè poteva articolare parola, ma la respirazione, quantunque lenta, era ridivenuta normale anche all'ascoltazione. — La favella ricomparì solo al mattino seguente ed in allora si notò una lieve balordaggine, che non impediva però al malato di rispondere coerentemente alle domande che gli venivano dirette. — Infatti richiesto sul suo stato precedente, asserì quanto più sopra si disse ed aggiunse che soltanto verso la sera del giorno prima erasi accorto e meravigliato di trovarsi all'Ospedale; soggiunse che aveva benissimo sentito tutto quanto avevano detto i medici e praticato sul suo corpo dopo la visita delle ore tre pomerid.; ma che era inconscio di quanto gli era accaduto in Duomo dal momento che si sentì côlto dal freddo, ignorando quindi come fosse stato trasportato all'Ospedale, nè essendosi qui accorto della applicazione e dell'azione dei senapismi. — In seguito non ebbe altri accessi, ma preso da delirio nel secondo giorno del suo ingresso, fu mestieri farlo trasportare nella Sala dei deliranti, ove fu riconosciuto affetto da alienazione mentale.

Fra le operazioni di qualche importanza dovutesi eseguire viene indicata una paracentesi addominale in un rachitico, cardiopatico, minacciato di soffocazione e già cianotico, la quale sintomaticamente alleviò i suoi mali; e tre toracentesi eseguite, l'una sovra un individuo di 40 anni, degente per pleuro-pneumonite sinistra sino dal 23 gennaio, in cui comparve un tumore fluttuante alla regione laterale sinistra inferiore della grossezza di una noce, e l'altra sovra un pellagroso di 50 anni affetto da effusione pleuritica destra, che sopportò ripetutamente l'operazione sovradetta. — Ambidue si ebbero dalla toracentesi un grande sollievo e puossi asserire ben anche che per essa ottennero un prolungamento di vita. Nel primo vennero evacuati circa 500 grammi di densa marcia; nel secondo un liquido siero-fiocconoso, che dopo la prima operazione eseguita agli ultimi di febbraio andò aumentando per modo che alla terza effettuatasi ai 18 marzo, si estrassero tre litri e più di liquido.

Il sig. dott. Ezio Castoldi, medico primario dirigente la divisione costituta dalle infermerie di S. Nazaro e S. Fedele nel comparto maschile, dopo aver notato come il numero degli infermi avuti a curare nel mese superò di lunga mano quello del mese scorso, espone alcune gravi considerazioni sul continuo aumentarsi delle forme tubercolari nella popolazione cittadina, e sulla impotenza quasi assoluta dell' arte a combatterne le esiziali conseguenze. Partendo poi dal fatto che un qualche lieve e

temporario vantaggio pare si possa ottenere dall'uso dell'acqua di catrame, quando pure sia tollerata dallo stomaco dei tisici — propone che sia studiata clinicamente l'azione dei prodotti delle conifere, per fissare le condizioni che nella cura della tubercolosi ne consigliano o ne controindicano l'uso.

Soggiunge un caso di malattia di Addison che testualmente si riproduce.

Panati Giovanni, d'anni 15, contadino, nato e domiciliato in Vanzaghello, venne collocato al N. 6 di questa infermeria (San Fedele) addì 1 del p. p. febbraio. Dai dati anamnestici che si poterono raccogliere risulta che il Panati nacque da robusti parenti, tuttora viventi e sani: pare anche egli *assomigli al genitore* nelle fattezze del viso. — Fu vaccinato con regolare successo; sofferse poscia il morbillo. La sua infanzia non fu accompagnata da alcuna malattia dovuta a cattiva costituzione. Narra come da circa un anno il colore della sua pelle siasi fatto poco per volta più scuro, per modo che da una tinta discretamente bianco-rosea, quale è comune alla sua età e nei nostri paesi, egli passò al colore che presenta al giorno d'oggi, e che si può dire assolutamente bruno.

Questo fenomeno era accompagnato da un senso di debolezza ch'egli non sa ben definire, e da inettitudine a qualsiasi prolungato lavoro, sia mentale, sia materiale.

L'alterazione del colorito, a dire del paziente, sarebbe incominciata con delle macchie a contorni non ben definiti, che andarono mano mano estendendosi. — Nessuna cura ebbe a domicilio. — Non risulta abbia il vizio dell'onanismo.

Ecco sommariamente lo stato fisico del Panati all'epoca del suo ingresso all'Ospedale. — Nessun fenomeno morboso relativamente all'apparato cerebro-spinale, meno una leggiera cefalea. — Senso di stanchezza, incapacità a qualsiasi fatica, buon appetito con digestioni però un pò difficili, lingua un pò rossa ai bordi, impaniata al centro, bocca amara, qualche volta nausea con vomiturizioni acidule, leggier dolore all'epigastrio ed alla regione lombare, alvo regolare. Null'altro d'abnorme ai visceri della cavità addominale, ventre molle, indolente. Pelle di un color bruno, forse più intenso di quello dei mulatti, un pò meno del colore che riscontrasi d'ordinario nei veri negri. Le parti che il nostro malato mostra maggiormente colorate sono il volto, le orecchie, il dorso delle mani, i genitali. Alla parte anteriore dell'avambraccio destro, dove si trova una cicatrice da scottatura, avvenuta nell'infanzia, dell'estensione di

una moneta da 10 centesimi, si vede molto più marcato il coloramento bruno. Le unghie delle dita, sia delle mani che dei piedi, hanno una tinta giallo-bruna, più gialla che bruna. Nel resto del corpo il coloramento è uniforme. L'esame del cavo orale lascia scorgere alcune macchie nerastre sulla mucosa delle labbra e delle gengive, non che sui margini della lingua. — Assolutamente negativo l'esame dei visceri della cavità toracica.

Abbenchè la diagnosi fosse evidente, trattarsi cioè della *malattia d' Addison* o *bronzina* che dir si voglia, pure non si volle trascurare anche l'esame uroscopico, sia pel leggier dolore che il Panati accusava alla regione lombare; sia per essere da parecchi autori ritenuta tale affezione quale una speciale flogosi dei reni succenturiati. — Il responso del sig. dott. cav. Visconti fu del seguente tenore: « Orina color giallo rosso, odore normale — « sedimento in poca quantità, grigiastro, polveriforme, che al « microscopio offre *molti* cilindri incolori, alcuni coperti in parte « da cellule epiteliali in degenerazione adiposa più o meno avan- « zata, altri da granuli albuminoidi. — Inoltre qualche cellula « embrionale libera. Peso specifico 1031. — Reazione acida. — « Traccie d'albumina. Quantità discreta di *indicano* (pigmento « detto da Heller uroxantico) diagnosi — *Nefrite cronica.* »

Alcuni giorni dopo, altro esame uroscopico, venne praticato dietro nostro invito dal dott. Bozzolo col seguente risultato: « Orina di color giallo citrino, senza sedimento, peso specifico « 1010; scevra d'albumina. — *Indicano* in quantità minore di quella « trovata la prima volta. Reazione acida, che più non si riscontra « nel sedimento dopo una giornata di deposito. Scarsissimo qual- « siasi elemento morboso. »

Come si vede, il risultato dei due esami uroscopici era alquanto oscuro e non perfettamente uniforme, per cui volendo pure ammettere l'esistenza di una leggiera e forse antica congestione renale, non si credette di modificare la diagnosi già fatta di malattia d' Addison.

Primo scopo che da noi si prefisse nella cura fu di modificare la condizione gastrica, per cui si somministrarono nei primi giorni polveri di magnesia e rabarbaro, oltre ad una soluzione di 4 grammi di bircarbonato sodico. Le turbe gastriche dissiparonsi infatti facilmente, e nel giorno 4 di febbraio si incominciò la cura dei ferruginosi (lattato di ferro un grammo, in 12 polveri da darsene 4 al giorno) e del siroppo di china, quale viene somministrato dalla farmacia del nostro Spedale, alla dose di 30 grammi al giorno.

Tale trattamento terapeutico venne sopportato abbastanza bene dal nostro interessante malato, e meno due brevi interruzioni della durata di un giorno per ciascuna, fatte all'intento di lasciar riposare lo stomaco, fu continuata per tutto il tempo che il Panati passò all'Ospedale. — L'esito ne fu soddisfacente. Fin dai primi giorni il paziente accusò un miglior appetito, a cui poco per volta si accondiscese dandogli tre pani, una porzione d'arrosto e di vino, due uova, oltre alla solita minestra e zuppa. Lo stomaco, debole nei primi giorni, si rese abbastanza alacre da poter sopportare impunemente il suannunciato lauto dietetico. — Il Panati incominciò, dopo una settimana, a mostrarsi un pochino più energico, chiese d'alzarsi dal letto, e mentre prima stava sempre seduto, accasciato, floscio, apata, si mise a girandolare per le sale del P. L. recandosi eziandio, quando la stagione lo permetteva, nel cortile delle sale terrene. Veramente allegro nol vedemmo mai, e pare di un carattere più serio di quanto siasi d'ordinario alla sua età, quando attribuir non si voglia la cosa al suo stato morboso. Si dissiparono le turbe gastriche e la vaga addolentatura ai lombi; ingrassò alcun poco, ma punto modificossi il colorito della pelle, che però rimase stazionario. In una parola dir si poteva del Panati ch'era un garzoncello molto bruno, un pò più fiacco e serio di quanto il comporti di solito la sua età, ma in complesso sano. — Lo si voleva da noi trattenere per maggior spazio di tempo all'Ospedale, ma sentendosi bene e soffrendo eziandio di nostalgia, volle partire al primo marzo, un mese appunto dal suo ingresso nel P. L.

Quali conseguenze si possono trarre da questa breve istoria?... Son ben lontano dall'asserire che il Panati fu dimesso guarito. — Sarei in contraddizione coll'avviso espresso da quasi tutti i trattatisti, che dichiarano insanabile la malattia bronzina, ma di ciò poco mi darei pensiero. Nol dichiaro guarito, perchè tale non è la mia convinzione, sia per la breve durata della cura, sia per la nessuna modificazione ottenuta nel colore della pelle. — Certo è che ha migliorato in modo riflessibile. Se avesse prolungata la di lui degenza nell'Ospedale, com'era mio desiderio, la cura tonica, ferruginosa, il lauto dietetico, il trattamento idroterapico ch'ero intenzionato di esperire a stagione opportuna, avrebbero forse potuto assicurarne maggiormente l'apparente guarigione. — Così sarà quello che sarà, ed il ricadere dopo 4 settimane nelle tristi condizioni igieniche che sono proprie della sua povera contadinesca famiglia, fanno temere abbia il Panati a perdere quel poco ch'ebbe a guadagnare. — Intendo scrivere al

medico condotto di Vanzaghello per saperne qualche cosa, e se qualche cosa ne saprò, sarà mia cura parteciparlo ai colleghi.

Intanto credetti prezzo dell'opera riferire questa istoria, quantunque incompleta, perchè mi sembra che mi autorizzi a ritrarne l'illazione, che la malattia d'Addison non è sempre superiore alle risorse dell'arte salutare, bensì suscettibile di miglioramento e forse di guarigione, quando il soggetto sia giovine e robusto, e la costituzione dell'ammalato non troppo deperita.

Per quanto sia scarso il pregio della presente istoria, mi sento il dovere di dividerlo col mio bravo assistente dott. Piantanida, che raccolse con molta diligenza e criterio i dati anamnestici del Panati, non che le modificazioni giornaliere che andava subendo la di lui malattia.

Il sig. dott Terzi ff. di Medico Primario dirigente il Comparto maschile dei cronici, espone i motivi che nella cura delle diarree lo determinarono a preferire l'ossido di zinco, e ciò per la sua azione rapida, tonica ed astringente. Accenna a un caso di versamento pleurico grave e pericoloso pel quale si dovè praticare la toracentesi; la quale operazione, se recò qualche temporario sollievo, fu dopo quattro giorni susseguita da morte del paziente. Alla autossia si trovò la ragione del decesso nella copia del versamento e degli essudati fibrinosi, nelle aderenze pleuritiche di vecchia data e nell'edema polmonare.

C). Movimento delle malattie chirurgiche comuni e relative annotazioni cliniche.

Esistenti		Entrati		Usciti		Morti		Rimasti	
Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Acuti	Cron.	Ac.	Cr.	Acuti	Cron.
292	40	360	26	299	4	37	7	316	55
332		386		303		44		371	
718				718					

a) *Astanteria chirurgica.*

I rapporti informativi trasmessi alle Autorità Giudiziarie per lesioni corporali ascendono a 94, dei quali 79 per lesioni accidentali o per mano altrui e 15 per morsicature d'animali (13 di cane, 2 di gatto).

Le fratture furono 24, presentate da 23 individui e cioè *5 di femore, 4 di gamba, 4 di tibia, 3 di omero, 3 d'avambraccio, 2 di radio, 2 di clavicola ed 1 di perone.* Tra i fratturati di gamba uno dovette subire l'amputazione per sopragiunto flemmone. Delle 24 fratture, 15 erano semplici, e 9 complicate o da ferite o da gravi contusioni o da vaste echimosi.

Le ernie strozzate sommarono ad otto: quattro di queste poterono essere ridotte col taxis, per le altre fu forza ricorrere all'erniotomia, ma duole il dire che gli operati morirono tutti e quattro in breve tempo.

Le altre operazioni praticate dalla guardia furono quattro paracentesi, una laringo-tracheotomia per angina difterica, un fimosi, 4 idroceli, l'esportazione di un tumore cistico, 7 toracentesi (3 ripetute sopra l'individuo al quale si riferisce la storia del sig. dott. Cavaleri e che mancò pochi giorni dopo la terza puntura, e 2 sopra un secondo) e 256 siringazioni.

I presidi chirurgici distribuiti ai poveri della campagna comprendono 399 cinti erniari, 9 calze espulsive, 1 sospensorio, 6 pessari, 1 ventriera e 4 gambe artificiali di legno.

b) *Divisioni ospitaliche.*

1.° Nella Divisione diretta dal sig. dott. Tassani furono eseguite due semicastrazioni per sarcocele, una disarticolazione dell'indice della mano destra, quella del 5.° dito del piede destro, l'amputazione della prima falange del pollice destro, e quella del dito anulare sinistro (tutte per carie) ed un'amputazione di gamba al 3.° superiore per frattura complicata in corrispondenza dell'articolazione col piede (eseguita quest'ultima dal sig. dott. Baciocchi). — La straordinaria affluenza dei malati in questa Divisione, rese gravi le sue condizioni igieniche, e dà ragione delle numerose risipole sviluppatesi nelle Sale di essa.

2.° In quella del sig. dott. Monti, una fistola all'ano, tre circoncisioni per parafimosi, l'esportazione di un piccolo tumor cistico e quattro litotrizie (tutte dal sig. dott. Ricordi).

3.° In quella del sig. dott. Gritti, due erniotomie per ernie crurali strozzate (una dallo stesso Primario sig. dottor Gritti, l'altra dal sig. dott. Briziano). — La demolizione di un grosso tumore mammario di natura adeno-sarcomatosa (dallo stesso

dott. Gritti) e quella di un cancro epiteliale alla fronte (dal sig. dott. Cozzi).

4.° In quella del sig. dott. Fumagalli, la disarticolazione del 4.° dito del piede per gangrena ed una circoncisione per fimosi (dal sig. dott. Vida) un'amputazione di gamba al terzo superiore per podartrocace (dal sig. dott. De Magri), una strabotomia interna (dallo stesso), un'estrazione di calcolo uretrale (dal signor dott. Fumagalli), e dieci cauterizzazioni col caustico di Filhos per angectasie.

5.° In quella sostenuta dal sig. dott. Degliocchi, due esportazioni di scirro alla mammella destra (eseguite l'una dal sig. dott. Castiglioni, l'altra dal sig. dott. Turati).

6.° In quella del sig. prof. Albertini, una legatura della omerale da ferita, due resezioni articolari, una al cubito da carie, premessa l'anemia artificiale (1), l'altra metatarso-falangica (eseguite dallo stesso Primario prof. Albertini), una erniotomia per ernia inguinale strozzata, l' esportazione totale del prepuzio per fimosi, una disarticolazione digitale al piede (dal sig. dott. Panzeri), due evacuazioni sub-acquee di vasto ascesso, uno alla regione dorsale (dal sig. dott. Bolzani), l'altro alla parte superiore della coscia da spondilite (dal sig. P. Briziano) e due spaccature di fistole anali (dallo stesso sig. dott. Bolzani).

In questa Divisione la degenza simultanea media giornaliera fu di 59,11, cifra che salì fino ai 67 e 69 nei giorni 27 e 28, mentre la minima non fu mai inferiore ai 55. Straordinario cumulo d'infermi e più che pernicioso, esiziale.

(1) Lo sgraziato paziente dopo aver subito quest'operazione il giorno 5, dovette sottostare 15 giorni dopo all'amputazione del braccio, reclamata dallo sviluppo della gangrena nosocomiale.

D). **Movimento delle malattie speciali.**

Specialità	Esistenti	Entrati	Usciti	Morti	Rimasti
Venerei e sifilitici	39	32	46	2	23
Ottalmici. . . .	91	144	136	—	99
Vaiuolosi. . . .	1	3	3	—	1
Petecchiosi . . .	3	3	3	1	2
Morbillosi . . .	15	20	14	9	12
Dermatici . . .	45	55	49	1	50
Scabbiosi. . . .	8	90	95	—	3
Tignosi	31	13	5	—	39
Deliranti. . . .	328	134	133	16	313
Gravide e puerpere	14	41	41	2	12
Bambini lattanti .	1	26	20	1	6
Difterici	15	45	26	25	9
Totale	591	606	571	57	569
	1197		1197		

1.° *Malattie d'occhi.* — In questa divisione dal Primario dirigente sig. dott. Lainati furono eseguite nel mese le seguenti operazioni:

7 Iridectomie delle quali 4 per atresia di pupilla, 2 per irido-coroideite con essudati nel campo pupillare ed 1 per glaucoma lento.

4 Estrazioni di cataratta col metodo lineare periferico superiore di Graefe.

3 Discisioni per la cornea di cataratte secondarie.

4 Fistole del sacco lagrimale delle quali tre operate colla spaccatura e causticazione ed una colla incisione dei punti e canalicoli lagrimali e successiva dilatazione graduata secondo Bowman.

2 Blennorree del sacco lagrimale colle iniezioni iodate mediante la siringa di Pravaz.

2 Trichiasi col metodo di Krampton.

2 Esportazioni di tumori palpebrali.

1 Ectasia corneale mediante l'ablazione degli strati superficiali secondo Graefe.

1 Entropion col metodo di Celso.

1 Estrazione di un corpo straniero infisso nella cornea.

2.° *Malattie cutanee.* — Il dirigente sig. dott. Dubini dà la storia di tre casi di *lupus*: il primo, in una giovane d'anni 19 esteso alla guancia destra ed all'orecchio corrispondente, oltre alla cura interna collo sciroppo di Dupasquier fu cauterizzato più volte colla pietra Filhos, ottenendosene la guarigione in due mesi (la pietra accuminata veniva approfondata in più punti nel fondo delle piaghe allo scopo di snaturare le *cellule giganti* che il microscopio rivelò esistere in queste produzioni morbose): il secondo all'avambraccio destro con croste e piaghe curate nell'istesso modo, e medicate poi con liste alla Bayton, dimesso guarito in poco più di 20 giorni: l'ultimo ipertrofico al lobulo del naso, senza noduli e senza piaghe guarito in un mese colla sola applicazione del ridestatore giornalmente ripetuta. Fa cenno inoltre di un vespaio del capillizio in fanciullo di 6 anni nel quale con effetto solitamente immancabile si ottenne la guarigione mercè le pennellature con glicerolato d'amido misto a nitrato d'argento sciolto nella glicerina, più i cataplasmi saturnini. Termina ricordando la morte di un uomo sui 63 anni, avvenuta 19 giorni dopo il suo ingresso nell'Ospitale in causa di pemfigo a tutto il corpo che appariva tutto quanto coperto da escoriazioni e da bolle. L'estesa suppurazione e la febbre pioemica quotidiana consumarono il paziente.

3.° *Deliranti.* — Il sig. dott. Brocca dirigente la Divisione femminile di questo comparto notò che la pazzia pellagrosa figura in prima linea nel numero delle entrate (15 cioè su 46). La forma prevalente di essa consisteva in uno stato di eccitazione generale senza predominio di alcuna idea. In pochi casi si presentò qualche segno di pervertimento del sentimento religioso, non così spiccato però da meritare una speciale attenzione, tanto più quando si rifletta che in tutti i pazzi anche in preda al delirio maniaco caotico meglio definito, è ben raro non traluca qualche idea che sulle altre predomini; e le condizioni sociali tristissime pel difetto di educazione in cui vivono i contadini nostri, sono quelle appunto in cui le esagerazioni ascetiche trovano la migliore opportunità e che finiscono col dare alla pellagra il massimo contingente. — Termina confessando l'inutilità terapeutica della intromissione ipodermica dell'atropina, e dell'uso interno del bromuro potassico contro la epilessia.

E). Movimento scientifico del Laboratorio anatomo-patologico presentato dal Prosettore sig. dott. Achille Visconti.

a) *Necroscopie.* — In totale 90 come risulta dal seguente specchietto.

Categorie	Sez. I.	Sez. II.	Sez. III.	Totale
Apparato cutaneo	—	—	1	1
» locomotore	1	—	1	2
» di innervazione . . .	—	5	1	6
» di circolazione . . .	1	5	—	6
» di respirazione . . .	11	22	1	34
» di digestione	2	9	1	12
» uropoetico	6	2	1	9
» di generazione	—	1	—	1
Infezioni	1	5	3	9
Malattie d'alterata nutrizione gener.	6	4	—	10
	28	53	9	90
	90			

b) *Analisi microscopiche e chimiche* dei prodotti morbosi provenienti dai comparti del nosocomio.

Un cancroide della regione alveolare inferiore.

Un tumore papillare ghiandolare (cistosarcoma fillode) della mammella.

Parecchie analisi uroscopiche.

2.° Pio Istituto di S. Corona.

A) **Nella residenza.**

In medicina furono fatte 1776 visite, delle quali 751 a maschi, 903 a femmine e 122 a bambini. Prevalsero i catarri bronchiali acuti (428), i catarri bronchiali cronici (383) ed i catarri gastrici (282). Il sig. dott Rizzardi cita: un caso d'*epilessia* che trattato col bromuro di potassio ne ebbe molto giovamento; un caso di *nevralgia del V* che migliorò coll' applicazione dell' unguento di Oppolzer (veratrina e morfina); un' *incontinenza di vescica* migliorata d' assai curando lo spasmo colla canfora e l'oppio — col bicarbonato di soda — poscia coll' estratto alcoolico di noce vomica e canfora e coi bagni freddi alla spina; per ultimo un caso d'*isterismo* condotto a miglioramento mercè una

cura ferruginosa fatta colle pillole del Bland (preparato che il riferente trova di facile somministrazione, di pronta digestione, e di rapido profitto).

In chirurgia si fecero 897 visite delle quali 389 a maschi, 332 a femmine e 156 a bambini. Prevalsero le adeniti scrofolose (61) specialmente alla regione del collo e delle ascelle; le ferite lacero contuse (28); le adeniti acute (33) e le piaghe da varici (24). Si praticarono alcune spaccature di ascessi e paterecci e diversi sbrigliamenti per flemmone. Il predetto sig. dott. Rizzardi accenna all'*ablazione* di una *verruca* al dorso, peduncolata a guisa di polipo del volume di una castagna. L' ablazione si ottenne mediante legatura e consecutiva cauterizzazione alla base col percloruro di ferro.

B) **Nelle ambulanze.**

1.° *Ottalmica.* — Gli ammalati nuovi furono 320. — Anche in questo mese il numero delle visite praticate si aggirò intorno alle 3000. Le operazioni eseguite furono le seguenti: 1 esportazione di pterigio (dal dott. Carlo Forlanini), 3 esportazioni di tumori cistici palpebrali (2 dallo stesso ed 1 dal dott. Ulrico Rusconi), 1 spaccatura e cauterizzazione di un sacco lagrimale (dal dirigente signor dott. De Magri).

2.° *Sifiliatrica.* — Gli ammalati nuovi sommarono a 109, cioè 101 maschi ed 8 femmine. Le operazioni eseguite nel mese dal dirigente sig. dott. Turati Achille Francesco furono: 2 punture d'idrocele con successive iniezioni di alcool nella vaginale, seguite da guargione. — Cinque operazioni di fimosi, 2 per fimosi accidentale e tre per fimosi congenito. — Una uretrotomia del meato.

3.° *Dentistica.* — Le visite operative eseguite dal sig. specialista Terruzzi sommarono a 252 delle quali 184 per carie dolorosa.

4.° *Podoiatrica.* — Dallo specialista sig. dott. Briziano furono curati N. 130 individui (98 uomini e 32 donne) con 717 visite operative.

C). **Nei quartieri.**

Prospetto del movimento mensile.

Esistenti in cura	Ammalati nuovi	Guariti	Migliorati	Non migliorati	Trasportati all' Osp.	Morti	Rimasti in cura
310	1916	1435	144	22	223	74	328
2226		2226					

Osservazioni.

Generale fu il rimarco che si riferisce ad un sensibile aumento nel numero degli infermi avuti in cura questo mese. — I casi di angina difterica notificati furono soltanto cinque — più numerosi e frequenti quelli di scarlattina e di morbillo, tra i quali ultimi alcuni gravi e confluenti. I signori dottori Pecorara e Rizzardi rimarcarono casi di infezione palustre e di febbri intermittenti che vogliono essere attribuiti alla ubicazione del loro quartiere (9 e 20) prossima al Naviglio ora in asciutta. Il sig. dott. Spedalieri ricorda il vantaggio ottenuto dall' uso interno del percloruro di ferro in un caso di pneumorragia. Il sig. dottor Galli presenta alcune note cliniche intorno ad una pioemia da ascesso pelvico, ad una setticemia lieve che tenne dietro ad una angina parenchimatosa, e ad un' aneurisma dell' arco aortico. Il sig. dott. Caldara accenna ad una grave febbre tifoidea già da tre mesi in corso di cura ed ora volgente a buon fine sotto il trattamento solfitico, promettendone la storia.

D). **Servizio ostetrico.**

Il sig. Consulente ostetrico prestò la sua assistenza.

1.° Ad una C. R., che trovavasi in travaglio di parto. Trattavasi semplicemente di parto languido con presentazione normale (vertice in posizione 1.ª), bacino e canale vulvo-uterino regolari. Consigliata opportunamente e munita dei voluti stimolanti partorì spontaneamente.

2.° Ad una N. N., primipara che venne operata di rivolgimento per procidenza di cordone ombilicale essendovi presentazione del vertice. Si estrasse una bambina viva.

Vennero eseguite dallo stesso quattordici altre operazioni manuali ed istromentali.

Dalle sei levatrici condotte vennero complessivamente assistite N. 15 partorienti, cioè 10 per parto facile, 2 per parto difficile (dei quali uno con rivolgimento) e 3 per aborto.

3.° Ospedale Ciceri.

Movimento delle ammalate.

Esistenti	Entrate	Guarite	Morte	Rimaste
100	42	65	6	71
142		142		

Prevalsero in numero le polmonie (17) e i catarri gastrici (16). La mortalità nel decorso marzo fu del 9 per 100. — Le 32 dimesse dalla Sala S. Vincenzo consumarono giorni 1115, in media giorni 35, per ciascuna ammalata.

ADUNANZA SANITARIA MENSILE.

Nella seduta tenutasi in questo mese il sig. dott. Bozzolo diede lettura di una sua Memoria intorno ai tumori primitivi della dura madre. La Memoria stessa si riferisce allo studio su 27 tumori primitivi della dura madre eseguito dall' Autore in concorso del sig. prof. Bizzozzero. Dalla descrizione risulta che tutti erano di natura connettiva, e quanto alla loro ricchezza in elementi cellulari presentavano gli stadi di passaggio dal sarcoma al fibroma. In essi si osservarono tali particolarità di struttura che non sarebbe esatto l'identificarli coi tumori connettivi delle altre parti del corpo; i loro fasci connettivi, più o meno ramificati, erano generalmente sclerosati, le cellule enormemente appiattite, lamellari, omogenee, simili alle endoteliche, per cui l'Autore propone di designarle coll'epiteto di endotelioidi. Nella maggior parte dei casi queste cellule si riunivano a costituire dei globi a strati concentrici (globi endotelioidi) il cui numero varia a seconda dei casi, e che pure vanno soggetti a sclerosi pel depositarsi di una sostanza omogenea fra le cellule che li costituiscono. Tanto nei fasci quanto nei globi trovò formarsi spesso delle concrezioni calcaree, pel depositarsi di sali calcarei nella sostanza sclerosata. Generalmente questi tumori nascevano dalla superficie interna della dura madre, della quale essi sono una neoformazione omologa e dalla quale hanno i vasi sanguigni. Di siffatti tumori si riconobbero dall'Autore tre forme principali che corrispondono alle forme dei soliti tumori connettivi, cioè. 1.° Sarcoma endotelioide alveolare. 2.° Sarcoma endotelioide fascicolato. 3.° Fibroma endotelioide. La prima specie dà tumori talora assai grossi, l'ultima tumori piccoli e spesso completamente caseificati. Fra quelle tre forme tipiche si notano poi molte forme di transizione. L'Autore conclude dimostrando la convenienza di accordare un posto a parte ai *tumori endoteliali* nella classificazione oncologica, convenienza che esisterebbe anche dal lato clinico poichè i tumori endotelioidi, anche i più ricchi di cellule, non danno mai origine a nodi secondari. Quanto alla classificazione, essa si riferisce ad un fenomeno *secondario* e può aver luogo in

tumori di ognuna delle tre specie summezionate, sicchè non può autorizzare la costituzione di una specie a parte di tumori (gli psammoni) fatta da Virchow.

Dopo questa lettura del sig. dott. Bozzolo è ammesso il sig. dott. Francesco Gatti medico-chirurgo condotto in Castano primo, giusta l'inscrizione nell'ordine del giorno, a comunicare la storia di una endocardite vegetante con embolie molteplici, che qui si riassume in brevi parole.

Z. G., d'anni 17, operaia, già esausta dalla miseria e dall' eccessivo lavoro, ammala di endocardite da cui le ne deriva l'insufficienza della mitrale ed una notevole asistolia da mancante ipertrofia compensatrice del cuore. Nel periodo di soli 39 giorni le si occludono per embolia un ramo dell' arteria epatica, uno della renale destra, una branca della splenica, e la cerebrale mediana destra. Il ripetuto esame dell'area cardiaca rese manifesto il successivo dilatarsi del ventricolo sinistro, necessaria conseguenza della soppressione della circolazione nelle dette arterie, e della replezione ed aumento di pressione, nel restante sistema arterioso. Lo stato di deperimento organico della paziente, lo sfiancamento del miocardio, l'indebolimento dell'impulso cardiaco, le rugosità valvolari furono ritenute quali condizioni favorevoli alla formazione delle particelle migranti. Una speciale considerazione è data all'embolia della cerebrale mediana di destra in vista della certa provenienza cardiaca dell'embolo, e delle gravi sue conseguenze che furono, il rammollimento necrobiotico del corpo striato, e la paralisi di senso e di moto della metà sinistra del corpo. L'Autore accenna come la morte sia avvenuta per l'edema polmonare da stasi nel piccolo circolo determinato dalla progressiva paralisi cardiaca. Ricordando poi che le misurazioni del cuore furono prese col metodo di De-Giovanni e che si riscontrarono esattamente corrispondenti a quelle verificate nel cadavere, ne inferisce la prova della eccellenza del metodo stesso.

SEDUTA MENSILE DI RIVISTE SCIENTIFICHE (1).

Rivista di chimica fisiologica del dott. Rovida.

1.° Corpi albuminosi.

2.° Sangue — suoi sali terrosi — fibrina.

(1) Dal verbale redatto dal sig. dott. Panzeri.

3.° Escrezioni — Acido colico — Coletelina o idrobilirubina — Indicano.

4.° Scambio sostanziale dell' organismo e nutrizione.

Questa rivista venne successivamente stampata e trovasi nell'Annuario scientifico ed industriale dell' anno 1873, Parte 2.ª, pag. 751.

Rivista dei giornali tedeschi del dott. Carpani.

1.° Osservazioni sul raggrinzamento renale dal dott. Berthold Stiller (« Medizin. Wochenschrift »).

Il raggrinzamento renale è l' ultimo stadio della nefrite cronica, o stadio di atrofia — alcuni osservatori e fra i primi Johnson e Bartez vollero fare di questa forma anatomica un'entità morbosa a sè, affatto distinta dalla malattia di Bright.

L' Autore narra un caso che secondo lui proverebbe l' indipendenza del raggrinzamento renale dalla nefrite cronica di Bright, specialmente per la mancanza di ogni sintomo d' idropisia che sempre si dovrebbe avere nella nefrite.

2.° Albuminuria come sintomo dell'accesso epilettico del dottor Max Huppert (« Archiv. f. Virchow »).

Da pazienti ed estese ricerche sull' argomento, che l' Autore ebbe l'opportunità di fare in uno stabilimento di pazzi, conchiude: Che l' albuminuria è un sintomo costante dell' accesso epilettico e che la quantità dell' albumina è proporzionale alla gravezza e alla frequenza degli accessi.

3.° La patogenesi dell'emicrania del dott. Oscar Berger (« Archiv. f. Virchow »).

La teoria simpatico-tonica di Boys Reymond, ossia del tetano dei muscoli vasali della metà affetta del capo, venne in seguito sostituita dall' altra affatto opposta di Höllendorf o teoria simpatico-paralitica.

L' Autore riporta un caso di emicrania comprovante la giustezza dell' idea di Höllendorf, nel quale lo stato paralitico vasomotore era dimostrato non solo dall' osservazione obbiettiva del disturbo circolatorio nella metà affetta del capo, ma anche dal trattamento curativo; essendo guarita la malattia per la galvanizzazione del simpatico corrispondente.

4.° Sul cloralio idrato, del dott. Giuseppe Pollak (« Mediz. Wochenschrift »).

Il cloralio è un vero ipnotico: non vale come anestetico, ma mitiga i dolori in quanto produce il sonno; e quando i dolori sono molto vivi è poca anche la sua azione ipnotica. In tali casi serve bene la miscela di cloralio con morfina. — È un buon

rimedio contro i crampi, rilasciando i muscoli volontari ed involontari. Esso è però sempre un semplice palliativo, che non esercita alcuna influenza sulla malattia, come non ha alcun effetto nè sul cuore, nè sul cervello, nè sulla digestione, nè sulla nutrizione in generale.

Paragonandolo alla morfina e al cloroformio l'Autore dice: che il cloralio come mezzo ipnotico è più sicuro ed aggradevole della morfina; ma che non può sostituire questo alcaloide come calmante dei dolori intensi; come non può sostituire il cloroformio quale anestetico.

5.° Esperienze sulla patologia del tifo addominale del dottor Birch Hirschfeld di Dresda.

Risultato negativo all'esame microscopico del sangue e delle materie evacuate dai tifosi; come pure dalla iniezione sottocutanea di queste sostanze nei conigli. Invece amministrando internamente 15 o 20 grammi al giorno di materie escrementizie, si ebbero vari fenomeni tifosi colla morte degli animali e all'autopsia si riscontrò la tumefazione della milza e delle placche del Peyer.

Somministrando invece delle altre materie putride, delle scariche semplicemente diarroiche, non si avevano che gastro-enteriti della porzione superiore del tenue; ma nessuna tumefazione nè della milza, nè delle placche del Peyer.

VARIETA'.

NECROLOGIO. — Nel giorno 2 di questo mese spegnevasi la giovane esistenza del dott. Luigi Ferrario, Medico Chirurgo presso il Pio Istituto di S. Corona. I signori dottori Rizzardi, Pecorara, Schivardi ed altri ricordarono pubblicamente i pregi del perduto amico e collega.

Nel giorno 17 uscì di vita, il dott. Arcangelo Manzolini Medico Primario in quest'Ospitale soccombendo a lunga e sottile malattia.

Nel successivo 18 moriva il dott. Ambrogio Curti, Medico pensionato a carico del Pio Istituto di S. Corona.

DONO. Nel giorno 22 vennero per uso degli ammalati consegnati all'Ospitale dal sig. Conte Gian Pietro Cicogna a nome della Società del tiro al piccione, ottanta di questi animali, frutto della caccia datasi dalla Societa stessa nell'agro Lodigiano.

Biblioteca. *Opere acquistate.*

Colin Leon. « La variole au point de vue épidemiologique et prophylatique. » Paris 1873.

Churchill Thetwood. « Traité pratique des maladies des femmes hors l'état de grossesse, pendant la grossesse et après l'accouchement. » Traduit de l'Anglais par Wieland e Dubrisay. Paris 1874.

Gurtl E. « Zur Geschichte der internationalen und freiwilligen Krankenpflege in Kriege » Leipzig 1873.

Letievant E. « Traité des sections nerveuses: physiologie, patologique, indications, procédés opératoires » Paris, 1873, in 8.

Hueter C. Die Allgemeine Chirurgie eine einleitung in das studium der Chirurgiscen Wissenschaft » Leipzig 1873, in 8.

Parkes Edmund A. « A manual of practical hyg ene intended especially for medical officiers of the army and for civil medical officiers of health. » Fourth edition, London 1873.

Berthier. « Des nevroses menstruelles ou la menstruation dans ses rapports avec les maladies nerveuses et mentales. » Paris 1874.

Henry (de) Armand. « Du dynamisme comparé des hémisphères cérébraux chez l'homme » Paris 1873.

Fonssagrives J. B. « Hygiéne et assainissement des Villes. » Paris 1874.

Eulemberg Hermann. « Das Medicinalwesen in Preussen. » Berlin 1873-1874.

Calderini Giovanni. « Elementi di anatomia, fisiologia, diagnostica e terapeutica dell'apparato della visione. » Roma 1872, seconda edizione.

Bruns Victor. « Handbuch der Chirurgischen praxis. » Mit 180 Holzschnitten. Tubingen 1873.

Wundt Wilhelm. « Grundzüge der physiologischen Psycologie. » Leipzig 1873.

Rot Heinrich. « Unterbindung beider Carotides comunes bei angioma arteriale racemosum (aneurysma cirsoidenm) am Kopf. » Franfurt A. M. 1873.

Hyrtl Joseph. « Die corrosion-anatomie und ihre Ergebnisse. » Wien 1873. Mit 18 Chromolithographirten Tafeln.

Sangalli Giacomo. « La scienza e la pratica della anatomia patologica. » Opera illustrata di oltre 200 figure. Pavia 1873.

Schivardi Plinio. « Manuale teorico pratico di elettroterapia. » 2.ª edizione. Milano S. A.

De Smeth Joseph. « De la mélancolie » Bruxelles 1872.

Fournié Édouard. « Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveaux. » Paris 1873.

Baillarger J. « Recherches sur l'anatomie, la physologie et la pathologie du systéme nerveux. » Paris 1872.

Charcot J. M. « Leçons sur les maladies du systéme nerveux faites a la Salpêtriére, » recueillies et publiées par Bourneville. Paris, 1872-1873.

Coincaré. « Leçons sur la physiologie normale et pathologique du systéme nerveux. » Paris 1873.

Krishaber M. « De la nevropathie cérebro-cardiaque. » Paris 1878.

Bourneville et Voulet. « De la contracture hystérique permanente. » Paris 1872.

Diday P. « Examen médical des miracles de Lourdes. » Paris 1873.

Libri pervenuti in dono alla Biblioteca dell' Ospitale Maggiore.

Lorigiola Gualtiero. « Dell'aria degli ospitali e del fenol quale colitico e quale agente terapeutico. » S. Rovigo 1873.

Paolini Marco. « Sulla elettricità dell'acqua minerale » con tavole. Bologna 1866.

Colombi Rinaldo. « Ricerche sull'origine e la fortuna dell'uso igienico e medicinale dell'acqua comune. » Milano 1855.

Verga Andrea. « Se e come si possa definire la pazzia. » Milano 1874.

Zucchi Carlo. « Della coltivazione della canape rispetto alla pubblica igiene. » Milano 1874.

Dall'Ufficio Medico presso l' Ospedale Maggiore di Milano 1.° maggio 1874.

Il Medico Capo
Dott. *Zucchi.*

Il Segr. medico rel.
Dott. *Zuffi.*

CRONACA

Le variazioni della temperatura nel clima di Milano. — L' ufficio dello Stato Civile in Milano nel 1873. — Onorificenze. — Necrologie. — Miscellanea.

Le variazioni della temperatura nel clima di Milano. — L'ing. Giovanni Celoria, approfittando delle osser-

vazioni meteorologiche eseguite nell' osservatorio di Brera, con diverse norme, ma senza interruzione per cento e dieci anni, ha studiato le variazioni periodiche e non periodiche della temperatura del clima di Milano, allo scopo di addivenire ad una ricerca complessa e rigorosa. La sua Memoria fu presentata al R. Istituto Lombardo dall'illustre prof. Schiaparelli, nella seduta del 7 maggio 1874.

Le cause variabili producono due generi di variazioni: o producono variazioni periodiche, tali cioè che ritornano le stesse a periodi determinati di tempo; o producono variazioni, delle quali non si può nemmeno con qualche probabilità annunziare il ritorno regolare, e alle quali si dà il nome di non periodiche. Il signor Celoria si propose di ricercare queste variazioni periodiche e non periodiche della temperatura di Milano ed ha brevemente accennati i risultati ottenuti. Noi ne riporteremo soltanto i più salienti, anche sotto il rapporto medico.

Variazione periodica diurna. — Ogni giorno vi sono due istanti in cui la variazione diurna del termometro è nulla; ve n'è uno in cui essa è massima, uno in cui è minima. I due primi istanti, nei quali il termometro tocca il suo valore medio, avvengono nell' anno fra le $20^h\,57^m$ e le $22^h\,32^m$ del mattino, e fra le $8^h\,19^m$ e le $9^h\,3^m$ della sera, seguendo l' uso astronomico di contare le ore a partire da mezzodì. È veramente strana la costanza dell'ora vespertina di media temperatura; essa in tutto l'anno non oscilla fra valori non diversi più che 44 minuti, mentre per l' istante di temperatura media del mattino questa oscillazione è di un' ora e 35 minuti. Il momento di massima temperatura in ogni giorno oscilla in un anno fra $2^h\,9^m$ e $3^h\,20^m$, essendo così uguale ad $1^h\,11^m$ l' ampiezza della sua oscillazione; esso avviene nei mesi estivi più tardi che non in inverno. Il momento di minima temperatura oscilla invece in un anno fra $16^h\,0^m$ (mesi estivi) e $19^h\,8^m$ (mesi iemali), avendo per tal modo la sua oscillazione un' ampiezza di $3^h\,8^m$.

L' istante di minima temperatura precede sempre il sorgere del sole; questo precedere è più piccolo nei mesi estivi, nei quali tocca il suo valore minimo di 8^m; maggiore nei mesi iemali, in cui raggiunge il suo valore massimo, 49^m. Questo fatto è noto in meteorologia, ed è anche confermato da tutte le osservazioni esistenti; solo importa notare come il tempo, che lo misura, sia per Milano assai più breve che per altri luoghi di osservazione, per Ginevra, ad esempio, dove esso oscilla fra 50 e 110 minuti.

L' istante di massima temperatura segue sempre il culminare

del sole; questo del pari è un fatto noto. Il tempo che corre fra i due istanti ora accennati è minore in inverno, maggiore in estate; tocca il suo valore massimo, $3^h 14^m$, nel mese di luglio, il suo minimo $2^h 4^m$, in gennaio; la sua oscillazione di un anno è di 70^m.

In ogni giorno e durante tutto l'anno il termometro stà un maggior numero di ore sotto che non sopra il suo valor medio, l'eccesso però divenendo minore nei mesi estivi, ed oscillando nell'anno fra i valori estremi $0^h 54^m$, $3^h 28^m$.

Variazione periodica annua. — I valori normali delle temperature diurne in Milano vanno dal minimo 0°.23 dei giorni 11 e 12 gennaio, al massimo 23°.69 dei giorni 19, 20, 21 luglio, producendo così un'ondata, la cui ampiezza è uguale a 23°.46. Come è naturale, essi si muovono lentamente attorno al loro massimo ed al loro minimo, cui raggiungono rispettivamente 28 giorni dopo il solstizio d'estate, e ventuno dopo il solstizio d'inverno; passati questi periodi estremi, si slanciano ascendendo e discendendo, ma discendono assai più rapidamente di quanto ascendano; mentre nel periodo ascendente la differenza fra due temperature diurne consecutive non è mai piu grande di 0°.17, nel periodo discendente tocca 0°.24; mentre in aprile la temperatura diurna in sei giorni cresce di un grado, in ottobre diminuisce di altrettanto in poco più di quattro; in gennaio impiega dieciotto giorni a salire di un grado, in luglio ed in agosto ne impiega diecinove a discendere altrettanto.

La temperatura diurna passa in un anno due volte pel valore della temperatura media annua, l'una fra il 15 e il 16 aprile, l'altra il 18 di ottobre; in un anno essa è quindi per 179 giorni inferiore alla media annua, per 186 superiore alla medesima, sta cioè maggior tempo sopra questo valore medio, che non sotto. Naturalmente questo fatto è poi compensato dalla distanza dei valori estremi sul valore medio, mentre la massima temperatura diurna è 11°.45 più grande della media, la minima ne è 12°.01 più piccola.

L'andamento annuo della temperatura in Milano è rappresentato da una curva di natura assai semplice, avente un solo massimo e un solo minimo, un solo ramo ascendente ed un solo discendente. I due rami ascendono e discendono in modo continuo e regolare, nè mai si inflettono o mostrano nel loro andamento ondulazioni secondarie e di breve durata. Le osservazioni di Milano mostrano quindi che nel mese di maggio qui non esiste alcun regresso periodico alla temperatura, nessun ritorno rego-

lare di freddo, come per altri luoghi fu dimostrato. Questo risultato è conforme a quanto è già accettato in meteorologia, che cioè la catena delle Alpi divida in Europa le regioni nelle quali ha luogo il così detto inverno di maggio, da quelle in cui il medesimo non è da una lunga serie di osservazioni accusato. Non si verifica neppure per Milano l' esistenza di un periodo quasi estivo nei mesi autunnali; le osservazioni non danno di questo periodo, il *Nachsommer* della Germania, l' estate di San Martino della Francia, l' estate indiano dell' America del Nord, neppure il più breve indizio.

La temperatura normale dei diversi mesi è data da questo breve quadro:

Gennaio	0°.52	Luglio	23°.45
Febbraio	3.21	Agosto	22 01
Marzo.	7.52	Settembre	18 38
Aprile.	12.23	Ottobre	12.64
Maggio	16.93	Novembre	6.31
Giugno	21.07	Dicembre.	1.96

La temperatura minima è qnella del gennaio, la massima è quella del luglio, la temperatura del mese di aprile è eguale alla temperatura media dell'anno, quella dell'ottobre è più grande della medesima di 0°.4 c rca; le temperature del luglio e dell' agosto sono le meno diverse fra loro; l'agosto è più caldo del giugno, il settembre del maggio.

Le temperature normali delle quattro stagioni dell' anno, inverno, primavera, estate, autunno, sono per Milano rispettivamente uguali a 2°.78; 15°.21; 21°.90; 8°.79.

Variazioni di lungo periodo. — Nelle osservazioni di Milano non s' incontra traccia ben certa di una influenza delle macchie solari sulle medie temperature annue, e queste non mostrano nei loro valori successivi un andamento periodico deciso e sincrono a quello presso a poco undecennale delle macchie del sole. Le temperature annue vanno però soggette a variazioni di diverso periodo. Questi periodi non sono uniformi nè di egual durata, non si susseguono con ordine determinato, nè ad intervalli determinati di tempo; dal 1793 al 1798, ad esempio, s' incontra un primo periodo freddo, poi quattro periodi consecutivamente caldi; sono gli uni dagli altri separati da serie di anni, esse stesse di ineguale durata, 1773-1777, 1782-1789, 1799-1811, 1818-1823, 1839-1854, nelle quali le deviazioni cangiano di segno irregolarmente e senza legge alcuna.

Questi fatti pongono in evidenza due cose: 1.° che le medie

temperature annue a Milano non seguono andamento periodico di sorta ; 2.° che vi è una tendenza della temperatura a perseverare lungo tempo in una stessa maniera di deviazione, a rimanere cioè lungamente sopra o sotto il suo valore medio.

La prima di queste conseguenze non ha in sè nulla d'inaspettato; essa si accorda con quanto le osservazioni di altri luoghi hanno pure dimostrato. La seconda non ha in sè nulla che contraddica alla prima, o ai concetti che si hanno delle forze naturali. Le deviazioni della temperatura dal valore medio o normale sono dovute, è vero, all' influenza di cause variabili ed accidentali, ma è naturale che, quando si è prodotta una combinazione determinata di cause accidentali, questa, per il semplice fatto che già esiste, tenda a continuare ed a mantenersi. Questa, che potrebbe chiamarsi inerzia delle forze naturali, spiega abbastanza la seconda delle conseguenze dedotte, la quale d'altra parte rientra in un fatto più generale, dimostrato da Dove, che cioè deviazioni le quali perdurano lungamente in uno stesso verso si hanno non solo in un medesimo luogo, ma si estendono contemporaneamente ad una larga zona di paese.

Tuttavia la temperatura potrebbe andare lentamente modificandosi sempre in uno stesso verso, e questo in grazia delle stesse cause variabili; poichè nulla si oppone a ciò che esse, mentre fanno oscillare la temperatura intorno ad un valore medio, possano ancora modificarla in modo lento e permanente. A risolvere tale questione in modo compiuto non basta il periodo di tempo abbracciato dalle osservazioni di Milano; queste mostrano soltanto che nei centodieci anni ora trascorsi non esiste pur traccia di un modificarsi della temperatura in modo continuo e permanente, ed in ciò si accordano colle osservazioni di altri luoghi, le quali tutte, anche quelle che si spingono più addietro nel tempo, non accennano finora in modo alcuno ad una variazione di simile natura.

Variazioni non periodiche. — L' ing. Celoria ha studiato in proposito le differenze fra le medie temperature pentadiche (di cinque in cinque giorni) osservate e le temperature pentadiche normali, considerandone a parte la grandezza e la durata. Quanto alla grandezza, esse in media decrescono da 2°.38 a 1°.35; nelle pentadi successive non prendono valori gran fatto diversi, ma diminuiscono d' assai nelle pentadi estive, continuando a decrescere, raggiungono il loro minimo nel mese di settembre, e mantengonsi piccole ancora nelle quattro prime pentadi di ottobre. Nelle pentadi iemali prendono i loro valori più grandi, ma

invece di decrescere passato l' inverno, in modo continuo e regolare, riprendono di forza nel mese di maggio, e nella quinta pentade di esso raggiungono il loro valore massimo. Quest'ultimo fatto ha una certa importanza. Se le osservazioni non dimostrano per Milano un ritorno periodico e regolare del freddo nel mese di maggio, mostrano però che in questo mese la mutabilità della temperatura è maggiore che in ogni altro, e spiegano come l' osservazione non continuata e la smania di principii assoluti possano spingere talora ad affermare anche per Milano una recrudescenza di freddo in maggio, analoga a quella delle ragioni europee d' oltr' Alpe.

Quanto alla durata, è da rimarcarsi il fatto seguente. La probabilità che la durata di una variazione non periodica sia di sedici, diecisette o più pentadi successive è assai piccola, ma essa non decresce regolarmente, e prende valore di uno stesso ordine, sia il numero delle pentadi sedici o diecisette. Questo può provenire in parte da ciò che il numero delle pentadi qui considerato è ancora troppo piccolo per permettere di determinare con sicurezza la probabilità di queste durate le più rare; accenna però ad un fatto abbastanza conciliabile con quanto più sopra fu chiamato inerzia delle cause accidentali, accenna, cioè, a questo, che quando le cause accidentali sono riescite ad agire costantemente in un dato verso per un numero grande di pentadi, la probabilità che esse continuino ad agire nel verso stesso per una o due o tre pentadi successive è la stessa.

Un altro fatto maggiormente degno di nota è questo. Mentre è uguale ad $\frac{1}{8.2}$ la probabilità che una data variazione duri una sola pentade, è poi uguale ad $\frac{1}{6.9}$ e ad $\frac{1}{7.9}$ la probabilità che essa duri due o tre pentadi. Trattandosi qui di durate assai frequenti e numerose, il numero delle pentadi considerate è abbastanza grande perchè si possa conchiudere con certo fondamento il seguente principio: quando le cause accidentali hanno in una pentade determinata preso ad agire sulla temperatura in un certo verso, è più probabile che esse continuino ad agire nel verso stesso per una o due pentadi successive, di quello che esse prendano nella pentade successiva ad agire in verso contrario.

Finalmente, per quel che riguarda le oscillazioni delle temperature pentadiche intorno al loro valore normale si può conchiudere, ch'esse in generale si fanno sotto l'influenza di cause accidentali uguali ed agenti indifferentemente in uno od in altro

verso; che però alcune cause speciali si uniscono a queste cause accidentali, ed hanno per effetto in inverno di tenere ad un tempo più basso il limite superiore e il limite inferiore delle variazioni non periodiche, di deprimere, cioè, la temperatura; in estate di tenere ancora più basso il limite superiore, ma di rialzare, di avvicinare cioè allo zero, il limite inferiore delle variazioni stesse.

Tali sono le conseguenze principali che risultano dalle ricerche fatte dal sig. ing. Celoria sulle deviazioni delle temperature osservate a Milano nel corso di cento e dieci anni.

L' ufficio dello Stato Civile in Milano nel 1873. — L' ufficio dello Stato Civile del Comune di Milano ha pubblicato un' interessante statistica del movimento della popolazione nella nostra città nello scorso 1873.

Si registrarono 21 atti di cittadinanza, — 6366 nascite, — 8612 morti, — 2222 richieste di pubblicazioni matrimoniali, — e 2055 celebrazioni di matrimonio.

Degli atti di matrimonio 1714 sono sottoscritti dallo sposo e dalla sposa, — 192 dal solo sposo, — 76 dalla sola sposa, — 73 non sono sottoscritti da alcuno degli sposi.

Circa all' età degli sposi, si hanno i seguenti dati: vi furono 355 matrimoni fra individui da 15 a 20 anni, — 699 da 20 a 25 anni, — 504 da 25 a 30 anni, — 374 da 30 a 40 anni, — 90 da 40 a 50 anni, — 27 da 50 a 60 anni, — 6 da 60 a 70 anni. — In sette matrimoni lo sposo aveva oltre 70 anni.

Nel comune nacquero 3161 maschi, e 2918 femmine. Dei maschi sono illegittimi 575, delle femmine 467.

Dei morti in città 3889 sono maschi, 3472 sono femmine.

I suicidi furono 36. — Gli omicidi volontari 3.

Le morti si suddividono nel modo seguente per età:

Della nascita a 5 anni morti N. 1866 — dai 5 ai 10, 302 — dai 10 ai 15, 192 — dai 15 ai 20, 297 — dai 20 ai 25, 426 — dai 25 ai 30, 370 — dai 30 ai 35, 330 — dai 35 ai 40, 318 — dai 40 ai 45, 300 — dai 45 ai 50, 335 — dai 50 ai 55, 400 — dai 55 ai 60, 406 — dai 60 ai 65, 473 — dai 65 ai 70, 564 — dai 70 ai 75, 372 — dai 75 agli 80, 217 — dagli 80 agli 85, 120 — dagli 85 ai 90, 66 — dai 90 ai 95, 6 — dai 95 ai 99, 1.

Onorificenze. — Sulla proposta del Ministro dell'interno, con R. Decreto 23 marzo 1874, vennero nominati Cavalieri nell'ordine della Corona d'Italia: Lucidi dott. Luigi, medico con

dotto a Fojano della Chiana; Belluzzi dott. Cesare, medico nel l'Ospedale di Maternità a Bologna; Vannoni cav. prof. Pietro di Firenze; Nistri prof. Giovanni, membro del Consiglio provinciale sanitario di Pisa; Magnani dott. Francesco, medico primario dello Spedale di Reggio d'Emilia; Taricca Francesco, farmacista di Torino; Duodo dott. Giovanni, medico in Venezia; De Nicolò dott. Giuseppe, membro del Consiglio sanitario provinciale di Bari; D'Urso prof. Ettore, id. id.

— Sulla proposta del Ministro dell'interno, con R. Decreto 7 aprile 1874, vennero nominati nell' ordine della Corona d' Italia: ad uffiziale il dott. Inzani cav. Giovanni, e a cavaliere il dottor Caggiati cav. Luigi, entrambi professori nella Università di Parma.

— Nella tornata del 7 maggio l' Associazione dei medici e naturalisti di Napoli eleggeva il dott. GIOVANNI PIERANTONI a suo membro, in seguito a favorevole giudizio su diverse pubblicazioni scientifiche, emesso da speciale Commissione, e della quale faceva parte il ch. prof. Vizioli.

— Il dott. cav. LUIGI CASATI è stato nominato socio fondatore con medaglia d'oro al merito scientifico e qualifica di Benemerito, dal Circolo Promotore Partenopeo Giambattista Vico.

Necrologie. — Il *Raccoglitore Medico di Forlì* deplora la perdita del giovane e valente medico GIUSEPPE DE MAJO, avvenuta in Caserta l'11 maggio. Un terribile attacco di difterite lo tolse in pochi giorni alla patria, ai figli, agli amici, ai colleghi. Quanti lo conobbero ammirarono in lui un ingegno vivace, una profonda conoscenza delle mediche discipline, un animo nobile e generoso, una non ostentata modestia.

— L'*Indipendente* di Torino annunzia il decesso, avvenuto il 3 maggio in quella città, del dott. cav. CARLETTI VITTORE, già medico militare, molto studioso delle malattie nervose, e versatissimo nella elettroterapia e nella idroterapia.

— I giornali francesi ci annunciano la morte del dott. CRUVEILHIER, medico degli ospitali, già professore alla Facoltà medica di Parigi, presidente dell'Accademia nazionale di medicina, vice-presidente della Associazione dei medici di Francia, commendatore della legion d'onore, ecc. Egli è autore di parecchie opere di gran valore. Tutti conoscono il suo Trattato di *Anatomia descrittiva* e il *Gran Trattato di Anatomia patologica.*

— Il dott. JOULIN, professore aggregato alla Facoltà medica

di Parigi, fondatore del giornale ostetrico intitolato *Gazette de Joulin*, è morto repentinamente di congestione cerebrale all' età di 53 anni.

— Il dottor cav. Felice Baroffio dedica alcune affettuose parole di Commemorazione all' illustre dottor FEDERICO LÖFFLER, medico generale di prima classe nell'esercito prussiano, vice-direttore del Collegio medico-militare e professore di chirurgia di guerra, morto a Berlino il 22 febbraio 1874 (GIORN. DI MED. MILITARE, aprile 1874). Il dott. LÖFFLER lasciò molti scritti che attestano l'alta istruzione, il retto praticismo, la incontrastata abilità sua. Fra questi vogliono essere ricordati le *Regole fondamentali per la cura delle ferite d'armi da fuoco in guerra*; la *Relazione sul servizio sanitario durante la guerra di Danimarca ; Il corpo sanitario militare prussiano e le sue riforme dietro la esperienza della guerra del 1866 ;* finalmente il suo testamento scientifico: *Sul tema di insegnamento da seguirsi dagli Istituti medico-militari.*

L'ultima sua missione, di tutte la più fruttifera pell' esercito, fu quella di presiedere le Conferenze pella nuova riforma del servizio sanitario e del personale sanitario militare, dalla quale ebbe vita lo stupendo ordinamento attuato coll'imperiale decreto 6 febbraio 1873.

La memoria del LÖFFLER vivrà lunga nell'esercito prussiano, sarà preziosa ai suoi colleghi medico-militari, dolcissima ai suoi amici, che ne ammiravano l'egregio cuore; il carattere franco, leale, energico; il coscienzioso e volonterosissimo adempimento dei suoi doveri professionali; le virtù intime e famigliari.

— Il sig. Antonio-Lorenzo-Apollinare FÉE, già professore della Facoltà medica di Strasburgo, farmacista principale di 1.ª classe, in ritiro, membro dell'Accademia Francese di medicina, presidente della Società di botanica di Francia, ufficiale della legion d'onore, cessava di vivere a Parigi, il 21 maggio 1874, nel suo 86.° anno di età.

— Il *giornale di Medicina della Società Reale delle scienze mediche e naturali* di Bruxelles, registra la morte del dott. JOLY, medico della amministrazione comunale e membro onorario della detta Società.

— Dalla Germania è annunziata la morte del dottor SCULTZE, professore all'Università di Bonn, e del dott. HERMANN, professore a Praga, vittima dei terribili accidenti della rabbia.

— In Inghilterra soccombettero: i dottori ARNOTT, medico straordinario della regina Vittoria e FORBES WINSLOW.

Miscellanea. — L'egregio dott. cav. Manayra, colonnello medico, in una sua nota apposta alla Memoria del tenente medico Davide Ottolenghi (*Giornale di med. militare*, N. 4 del 1874) sopra un caso di infezione tifoidea latente, nel quale mancarono alla sezione le placche dotinenteriche, osserva come la nomenclatura inventata dai tedeschi per indicare il TIFO e la FEBBRE TIFOIDEA, se ha il pregio della novità, non ha per certo quello della precisione. — E valga il vero, se si danno dei casi detti Ileo-tifi nei quali la necroscopia non rivela la solita lesione caratteristica dell'intestino, qual ragione d'essere ha la denominazione d'ILEO-TIFO, non si sa perchè sostituita a quella più esatta, più scientifica e meglio compresa di FEBBRE TIFOIDEA? — Ileo-tifo significa sopore dell'ileo. Chi primo usò questa espressione era un localizzatore, che riponeva la sua sede precipua od il punto di partenza della febbre tifoidea nel tubo intestinale e non voleva servirsi del vocabolo DOTINENTERITE, così felicemente creato da Brétonneau. Ora è facile il convincersi che la parola ileo-tifo, impropria ad esprimere rigorosamente il concetto dell'Autore, quando le ghiandole di Peyer e di Brunner sono ingorgate e la mucosa intestinale è tempestata di pustole (condizione che denota tutt'altro che il sopore dell'ileo) è più che mai impropria, allorchè l'intestino non risulta affetto nè idiopaticamente, nè sintomaticamente.

— Il capitano medico Prato ci dà ragguaglio della LEVA dell'anno 1874, classe 1853, nel Circondario d'Acqui (*Giorn. di med. mil.* N. 4 del 1874). — Sopra 1150 inscritti, i riformati sommano a 236, dei quali 103 per difetto di statura, risultandone così sul totale una proporzione di 20,53 per cento di inabili. — Al proposito, egli si pone il quesito: se le leve togliendo per più anni dai comuni l'eletta della gioventù, lasciando invece i più piccoli, i più gracili, i malaticci, i difettosi e mostruosi alla procreazione, rinviandone inoltre annualmente e di continuo in famiglia un certo numero di resi inetti, non abbiano col tempo a produrre un deterioramento nella costituzione fisica, nel tipo della popolazione.

E risolve la questione in senso negativo. La Grecia, Roma antiche, colle loro continue levate forsechè deteriorarono nel fisico le loro genti? Nella Germania, paese essenzialmente militare, non vediamo noi forse uno fra i più bei tipi soldateschi? Tutte le nazioni più belligere non si sono sempre mantenute le più floride e robuste? A suo modo di vedere, fu piuttosto col cessare del militarismo che alcune divennero molli e cadenti, e per dirla alla Guerrazzi, Roma moderna ne informi. Più che sufficiente

spazio di tempo alla procreazione resta ai reduci dal servizio militare, tanto più adesso che la ferma è breve. Ed è abbastanza provato che generalmente è più fecondo un organismo forte che uno debole, e quelli per lo più ritornano fatti anche più robusti; d'altronde la stessa legge militare è un argine ai matrimonî precoci. — La leva dunque col compenso del congedo annuale delle classi, benchè questo scemato alquanto di numero, costituisce un và e vieni, un dare e riavere, che il dott. Prato non crede finora dimostrato nocivo.

— Nella Camera inglese dei Comuni il sig. Kay Shuttleworth chiamò l'attenzione del governo sulle abitazioni insalubri, invocando provvedimenti all'uopo. Già da lungo tempo il reale collegio medico e le associazioni caritatevoli domandavano che si prendessero disposizioni a fine di fare scomparire, almeno nelle grandi città, i fomiti di infezione, dove si alimentano morbi che si propagano su grandi tratti di paese. Il sig. Kay Shuttleworth e altri oratori dissero essere necessario dare soddisfazione alle lagnanze e giuste domande che si fanno a questo riguardo, ed essere indispensabile conferire ad un'autorità centrale qualunque i poteri necessari per eseguire la demolizione delle case insalubri, e la costruzione di locali eretti secondo le prescrizioni della igiene. Il segretario per gli affari dell'interno rispose dichiarando che infatti alla legge spettava di esercitare una rigorosa sorveglianza sulla salute pubblica, e che, a nome del civile consorzio, si aveva il diritto e il dovere di provvedere al miglioramento degli edifizi riconosciuti nocivi alla salute. Il governo finalmente si è incaricato di studiare senza ritardo i mezzi da impiegarsi, e di presentare quanto prima un progetto di legge tale da soddisfare alla opinione del Parlamento e del pubblico. (*Gazz. uffic. del Regno d'Italia*, 21 maggio 1874).

— Il *Giornale Militare* riporta la circolare del Ministro della guerra relativa agli inconvenienti e disastri, avvenuti nel 1873, nei reggimenti di fanteria e di linea, e dei battaglioni e distretti, nel maneggio delle armi da fuoco cariche.

Dallo specchio che l'accompagna, per quanto riflette le armi trasformate a retrocarica, risulta che il numero dei sinistri avvenuti nel maneggio delle armi cariche durante il 1873 è relativamente maggiore in confronto dell'anno precedente.

Nel 1873 si ebbero 43 feriti leggermente, 10 gravemente e 4 morti, nel maneggio delle armi trasformate a retrocarica; e coi fucili modello 1870: feriti leggermente 1, gravemente 3, morti 1.

— Il prof. Marzolo, il quale conta già quattro guarigioni,

operava in Bergamo la 39.ª OVARIOTOMIA in Italia, il 7 maggio 1874, ma questa volta con esito infausto. Si trattava di DOPPIA OVARIOTOMIA. Alla destra ovaia la ciste era moltiloculare, con aderenze e con pareti straordinariamente lacerabili. Fu operazione gravissima per la sua rimozione. L'ovaia sinistra era alquanto indurita, e presentava già indizi di cisti esordienti. La ferita parietale, di 18 centimetri circa, era riunita dopo 24 ore: ma l'operata morì dopo 36. Auguriamo miglior fortuna all'illustre operatore in altra occasione. (*Raccoglitore Medico*, N. 14 del 1874).

— Il 18 maggio 1874, compievasi nel civico ospedale di Lugo la 40.ª OVARIOTOMIA in Italia, dal celebre prof. cav. Domenico Peruzzi, il quale può così vantarsi di averne operate sei, delle quali tre con esito felice. — Diagnosi esatta, esecuzione brillantissima e della durata di poco più di venti minuti. La donna trovasi in istato soddisfacente assai. — La facilità con cui fu estratto il tumore, l'assoluta mancanza di aderenze e di emorragia, le prospere condizioni della paziente, e più di tutto la maestria spiegata dal bravo chirurgo, fanno giustamente sperare un risultato felice. — Erano assistenti l'illustre prof. comm. Rizzoli, i dottori Oliveti, Modanesi, Modani e Ballotta. Presenti poi, oltre i colleghi di città, il ch. prof. Taruffi, e i dottori Pianori, Tassinari, Valenti e Brusi. (*Ivi*).

— Il 3 maggio 1874, il dottor Edoardo Porro, consulente ostetrico nel Pio Istituto di Santa Corona, eseguiva in Milano una OVARIOTOMIA (che dovrebb'essere la 41.ª in ordine numerico, se non in ordine cronologico), sopra una donna d'anni 53, affetta da cisto-sarcoma, complicato da ascite, per la quale aveva già subito sei paracentesi. La paziente, anestetizzata col cloroformio, rimase in istato di insensibilità sino al cominciare della sutura, ossia per lo spazio di un'ora e cinque minuti. La operazione fu lunga e laboriosa, per le aderenze trovatesi, per la rottura di una cisti, per le legature che si resero necessarie, e durò, compresa la medicazione, un'ora e trenta minuti. Il tumore esportato, vuoto del contenuto, pesava chil. 2 e grammi 60. Il detto peso era dato quasi esclusivamente da una massa fibrosa, sarcomatosa, che costituiva la base e la parte laterale ed inferiore del tumore ovarico. Lo spessore della detta sostanza, in alcuni punti, era di sei a sette centimetri. La parete della cisti ematode, che si ruppe durante la puntura evacuativa, era sottilissima e fragilissima. Le altre cisti principali erano costituite da pareti di spessore e consistenza diversa. Alcune concamerazioni risultavano dall'usura di sepimenti divisori e quindi dalla fusione di varie cisti. Molte

piccole cisti, tra cui alcune ematodi, con raccolta a diversa parvenza, a seconda della data dello stravaso, erano sparse quà e colà sulla superficie posteriore dell'ovaia. La piccola porzione di peduncolo ovarico aderente al tumore, portava altresì il padiglione della tromba alquanto atrofizzato. Nel peduncolo ovarico, si notava l'arteria ovarica, più ampia del normale ed occupante una posizione pressochè centrale e molte ed ampie vene stavano alla superficie. subito al dissotto del peritoneo.

La paziente, operata il 3 maggio alle 12.55, soccombeva alle 6 pom. del giorno susseguente, e il dott. Porro ne attribuisce la morte a collasso, a traumatismo, in causa della poca resistenza organica della paziente, ed al grande squilibrio circolalorio che tenne dietro allo svuotamento repentino della cavità ventrale, la quale misurava l'enorme circonferenza di 118 centimetri.

La relazione di questo caso leggesi per esteso nella Gazzetta Medica Italiana, Lombardia, del 23 maggio 1874, redatta dallo stesso distinto operatore, che ebbe ad assistenti i dottori Pietro Panzeri, Paolo Pessani, Malachia De Cristoforis, A. F. Turati, Giuseppe Restellini. Il cav. dott. Ambrogio Gherini col figlio Edoardo, studente in medicina, ed i dottori Mascazzini, Gasparini e Branca presenziavano l'operazione. — L'esito infausto, per quanto possa tornare spiacente, non deve per nulla scoraggiare il valente chirurgo, poichè la malata, sfinita da lunghi patimenti, da sè stessa agognava a quest'unica áncora di salute e desiderava più presto la morte che una vita resa insopportabile dal dolore.

— Secondo un rapporto indirizzato dal *Board of Trade*, nel 1873 morirono 5393 marinai della marina mercantile inglese, cioè: 3354 in seguito ad accidenti vari, 676 di febbre, 373 di febbre gialla, 22 di febbri intermittenti, 281 di febbri prolungate, 295 di coléra, di dissenteria e di infiammazione, 225 di malattie del petto e di bronchiti, 145 di malattie del cervello e del sistema nervoso, 138 di malattie del cuore e dei grossi vasi sanguigni. Quel rapporto, che registra pure 41 suicidii e 5 omicidii, attribuisce 140 decessi a cause ignote.

— Lo spiritoso estensore dell'appendice dell'*Union Médicale*, per dare una idea del grado di stima e di considerazione di cui gode la classe medica presso il Parlamento francese, si esprime nei seguenti termini: « Nella legge definitivamente addottata sul lavoro dei fanciulli nelle manifatture, un emendamento, d'altronde presentato assai bene dal suo autore, chiedeva che i medici potessero essere candidati alle funzioni di ispettori incaricati d'invigilare sulla esecuzione della legge. Nulla, certo, di più logico,

di più naturale, e per questa bisogna si può persino assicurare che i medici sarebbero stati altrettanto competenti quanto gli ingegneri del genio civile. L'Assemblea nazionale ha giudicato diversamente, ed ha coraggiosamente respinto questo emendamento, come nello scorso anno respinse spietatamente la proposta di ammettere i medici nelle Commissioni amministrative degli ospitali ed ospizi. È però vero che, tranne il nostro distinto e zelantissimo confratello, il sig. Teofilo Roussel, verun altro fra i 28 medici che fanno parte della Assemblea Nazionale sorse a prendere la parola in tale circostanza. » (*Union Médicale* del 23 maggio 1874).

— All'Accademia francese delle scienze (seduta 18 maggio 1874) venne comunicata una nota del sig. Fordos sui vantaggi che avrebbersi nel sostituire i pallini di ferro ai pallini di piombo nella pulitura delle bottiglie. Quando si adoperano i pallini di piombo, formasi un carbonato che si attacca al vetro e che l'acqua è impotente ad asportare. Per discioglierlo, occorre un acido, e siccome il vino ne contiene sempre, ne consegue che esso si carica necessariamente di una certa quantità di piombo, la quale non può a meno di tornare dannosa. Il sig. Fordos suggerisce di tagliare un filo di ferro in piccoli pezzetti; i cilindri che risultano dalla sezione terminano con degli spigoli assai pronunciati, attissimi a ripulire l'interno delle bottiglie. Se formasi della ruggine (ossido di ferro) può essere rimossa dall'ultima lavatura, e quand' anco vi rimanesse, sarebbe senza inconvenienti.

— Nella seduta 26 aprile 1874 della Società Medico-Fisica di Firenze il dottor Raffaello Zannetti lesse il rapporto intorno al quesito studiato dalle sezioni riunite di igiene e di medicina pubblica « *se le acque potabili condotte per tubi di piombo possono essere nocive alla salute pubblica* » conchiudendo: I. Che il piombo possiede dal punto di vista tecnico degli innegabili vantaggi sulle altre sostanze che potrebbero venire adoperate; II. Che l'uso antichissimo e diffuso sembra attestare l'innocuità di questo metallo almeno quando i tubi con esso formati funzionano da molto tempo; III. Che però esiste qualche caso di dimostrata nocevolezza dovuta al passaggio dell'acqua potabile per tubi di piombo nuovi; IV. Che a voler risolvere scientificamente la questione nel caso nostro speciale occorrerebbe l'analisi delle acque e un tempo sufficiente per l'esecuzione degli opportuni esperimenti; V. Che le sezioni intanto a causa della premura loro fatta per una pronta risposta propongono l'uso dei tubi di piombo stagnato.

— Da un rapporto ufficiale risulta che, nel Cantone di Lu-

cerna, dopo che andò in vigore una legge liberale sul matrimonio, il numero dei figli naturali andò diminuendo notevolmente. Infatti, le nascite dei fanciulli illegittimi, che erano del 15 per cento nel 1864, non furono più che dell'8 1/3 per cento nel 1873. (*Gazz. Uffi. del Regno d'Italia*, 26 maggio 1874).

— In uno scritto interessante sulla POLIZIA DI LONDRA, del sig. T. Catalani, segretario della R. Legazione italiana in Londra, inserito nella Appendice della Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia (N. 125 del 1874) troviamo i seguenti dati sulle disgrazie causate dalle vetture:

« Sei matto se esci di casa senza far prima testamento » avvertiva, prudente, Giovenale. La città di Londra immola ogni anno un'ecatombe di vittime agli Dei protettori delle grandi città. Il numero delle disgrazie, causate dalle vetture, aumenta ogni anno a misura che aumenta questa immensa popolazione. Il numero delle persone sconciamente ferite o mutilate nell'anno 1872 fu di 2677; delle persone uccise sul colpo di 117. A cominciare dall'anno 1866 si osserva un aumento del dieci per cento sulle uccisioni. Dal 1.° gennaio 1866 al 31 dicembre 1872, vi sono state 12,630 persone ferite e 771 uccise sul colpo dalle vetture. »

— Nella seduta 14 aprile 1874 della Accademia di Medicina di Parigi, il dott. Bardinet, direttore della Scuola di Medicina di Limoges, ha letto una nota avente per titolo: *Sifilide comunicata dal dito di una levatrice a molte partorienti della città di Brive, trasmessa ai mariti come pure agli infanti di parecchie fra di esse, durante il corso dell'anno 1873.*

Questo titolo indica per sè stesso sommariamente il fatto collettivo importante di cui trattasi e che può riassumersi colla enunciazione dei fatti principali, oggetto della inchiesta che il dott. Bardinet ha dovuto intraprendere:

Una levatrice prova al dito medio della mano destra un accidente locale, che non dura meno di un anno. Dopo qualche tempo, essa presenta i sintomi di una sifilide in via di generalizzazione: indebolimento, dolori reumatoidi, caduta dei capelli e delle sopraciglia. — Gli stessi accidenti nel marito.

In appresso viene la volta delle donne ch' essa assiste nel parto. La maggior parte perdono i capelli, come la levatrice, e provano accidenti secondari che il sig. Bardinet può constatare personalmente. — Sono colpiti pure que'mariti che non si astengono da rapporti sessuali, ed i neonati, parecchi dei quali soccombono. Insomma il numero delle persone affette si fa ascendere a più di cento.

Il lavoro del sig. Bardinet è tutto consacrato alla dimostrazione di questi fatti in tutti i loro dettagli, e la lettura n'è stata ascoltata col più vivo interesse e fu accolta con *bravo* unanimi.

— I membri della Società medico-chirurgica della Rochelle hanno domandato con una petizione all'Assemblea Nazionale, che venga applicato ai Consigli d'igiene il principio della elezione dei loro membri, che si assicuri la loro assoluta indipendenza e che si riconosca la loro iniziativa in materia d'igiene pubblica. Secondo i petenti, i Consigli d' igiene non esistono, per così dire, che sui quadri delle Prefetture; di rado consultati, essi non possono intervenire con efficacia nelle questioni igieniche, perchè la loro autorità è talmente debole che i loro avvertimenti divengono inutili, e la decadenza della istituzione è da attribuirsi ai difetti della sua organizzazione.

Il relatore all'Assemblea Nazionale, sig. Taillefert, riscontra in questa petizione due distinte questioni: l'una che risguarda la introduzione della elezione nella nomina dei membri dei Consigli d'igiene: l'altra, che si riferisce alla libertà di azione che può essere accordata a tali Consigli.

« La istituzione dei Consigli d'igiene comporta dessa la elezione per la nomina de'suoi membri? D' accordo sopra questo punto col Consiglio di Stato del 1848, noi nol crediamo. Infatti, tali Consigli non sono che ausiliarii dell'autorità amministrativa. Essi sono chiamati ad assisterla mediante i loro pareri sulle questioni di salubrità che richieggono cognizioni speciali. Sinora non sono stati che comitati consultivi, e noi speriamo dimostrarvi in breve che le loro attribuzioni non possono essere più estese. Ora, sarebbe contrario all'ordine comune delle cose, e direi quasi alla essenza stessa del principio elettivo nelle sue applicazioni alle istituzioni amministrative, il chiedere alla elezione la formazione di un Comitato puramente consultivo.

« I petenti reclamano per questi Consigli una indipendenza assoluta ed il diritto di iniziativa. Queste espressioni non sono abbastanza precise per permetterci di apprezzare la estensione delle loro pretese. Se i petenti aspirano a fare nei Consigli d'igiene, dei regolamenti di cui sorveglierebbero la esecuzione, ciò ch'essi domandano è una vera ingerenza nelle questioni amministrative ed uno spodestamento a tutto loro profitto di una serie di attribuzioni affidate ai prefetti. È la istituzione di una autorità nuova, e noi non peritiamo di affermarlo, una fonte perenne di conflitti.

« Se, per converso, i petenti fanno consistere l' indipendenza e la iniziativa ch' essi reclamano, nel diritto di riunirsi liberamente e di rivolgere spontaneamente i loro pareri alla amministrazioue sopra questioni igieniche, noi non rifiuteremo la nostra adesione a vedute, le quali, senza mutare il carattere consultivo dei Consigli, tenderebbero ad accrescerne l'influenza, forse in oggi di troppo menomata. Crediamo eziandio che sarebbe utile il rendere obbligatoria la domanda del loro parere, in un gran numero di casi, che un regolamento potrebbe determinare. — Riteniamo adunque che convenga dar soddisfazione ai petenti nella misura sopra indicata, e proponiamo di rinviare la petizione al ministro di agricoltura e commercio. »

Le conclusioni della Commissione, poste ai voti, vennero addottate. (L'*Union Médicale*, 26 maggio 1874).

— Nella seduta 28 marzo 1874 della Accademia Reale di Medicina del Belgio, il sig. Depaire, relatore della Commissione incaricata dell'esame di una proposta del sig. Gluge, concernente i mezzi da adoperarsi per reprimere la falsificazione delle derrate alimentari, ha formulato le seguenti conclusioni: « Abbiamo l'onore di proporvi, o signori, di dar corso alla mozione del nostro onorevole collega, il sig Gluge, domandando al governo di incaricare le Commissioni mediche della sorveglianza delle derrate alimentari e delle bevande in tutti i comuni del regno e di prendere tutte le misure necessarie perchè i detti collegi siano posti in grado di adempire convenientemente la loro nuova ed importante missione. »

— Rilevasi dai giornali inglesi, che il progetto di legge sul lavoro dei fanciulli e delle donne nelle manifatture venne promulgato. Eccone le principali disposizioni:

« Le ore di lavoro sono dalle sei di mattina alle sei di sera, ovvero dalle sette alle sette, ma le donne ed i fanciulli non dovranno lavorare più di quattro ore e mezza senza prendere riposo. Saranno loro accordate due ore pei loro pasti; infine, il sabato i fanciulli non lavoreranno dopo il mezzogiorno, ed a cominciare dall'anno prossimo, i fanciulli al dissotto dei nove anni non saranno ammessi a lavorare nelle fabbriche e manifatture. »

Questa legge è delle più umane ed è la più completa di quelle emanate negli ultimi vent'anni. Tutto l'onore ne spetta al signor Murudella, che se ne fece il promotore.

— Il sac. don Gaetano Zucchi, testè decesso in Milano, ha lasciato erede del suo patrimonio, che si fa ascendere a circa mezzo milione, l'Ospitale Maggiore. Sarà questa una buona risorsa pel grandioso Istituto, il quale ad onta delle sue ingenti ricchezze, è sempre stretto dal bisogno, per l' immensa affluenza degli infermi. Coi nostri confratelli della stampa, facciamo voti perchè la carità cittadina venga in soccorso delle finanze del Pio Luogo, onde il Consiglio Ospitaliero possa realizzare l'ardito suo progetto di innalzare una Casa soccorsuale, per aumentare i locali disponibili, ed abbandonare alcuni edifici vetusti e disaddatti per ricovero di ammalati.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. Romolo Griffini.

INDICE DEL FASCICOLO

§ 1. Memorie ed Osservazioni originali.

§ 2. Analisi di Opere, Dissertazioni, Atti di Accademie, ecc.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE VOLUME

§ 1. Memorie ed Osservazioni originali.

§ 2. **Analisi di Opere, Dissertazioni, Atti di Accademie, ecc.**

FINE DEL VOL. CCXXVIII.